COMMUNICATIONS

Pages

ATELIERS

Pages



SOMMAIRE

SEANCES PLENIERES

Pages

COMBATTRE LA DOULEUR PAR LA RADIOACTIVITE ?

info ou intox ?

Dr DIVRY ; **Dr DELCOURT ; Dr HUGLO ; Pr STEINLING**
Service de médecine nucléaire et d'imagerie fonctionnelle
CHRU de LILLE – Hôpital Claude Huriez

Les métastases osseuses représentent la première cause de douleur en cancérologie. De nombreux moyens thérapeutiques sont disponibles qu'ils soient médicaux (non morphiniques, morphiniques, anti-inflammatoires) chirurgicaux (cimentoplastie) ou radiothérapeutiques. Il arrive un moment ou ces méthodes peuvent se révéler dépassées ; c'est alors que la radiothérapie métabolique trouve sa place, en aval des thérapeutiques classiques, apportant un effet antalgique durable dans 70% des cas pour une tolérance bonne (quelques rares effets indésirables dont l'imputabilité au produit n'a pas été établie) et une toxicité hématologique inconstante et réversible (myelosuppression).
Elle consiste à apporter par voie systémique un radio pharmaceutique émetteur β^- (électrons) qui se concentre de manière sélective au niveau de la réaction osseuse péri métastatique, et permet une irradiation ciblée, compte tenu du faible parcours des électrons (quelques mm).
Les deux radiotraceurs actuellement utilisés sont le Strontium 89 et le Samarium 153- EDTMP, le premier étant réservé aux métastases douloureuses d'origine prostatiques, le second à l'ensemble des métastases multiples ostéoblastiques.
Ce traitement relativement simple (une injection IV pouvant être renouvelée à 6 mois) et peu contraignant, reste méconnu, non proposé ou proposé tardivement, alors qu'il paraît licite de l'utiliser à un moment ou les métastases osseuses sont encore en nombre limité.

RELATIONS VILLE HOPITAL, LES DEMANDES DES MEDECINS GENERALISTES VIS A VIS DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Estelle BAILLON (1), Claire LAUERIERE (2), Virginie SANDERS (1), Anne DEBAERT (1).
(1) Centre Médico Chirurgical Ambulatoire, Hôpital Huriez
(2) service d'épidémiologie et de santé publique, hôpital Calmette

La chirurgie ambulatoire est en constant essor depuis 20 ans. Pour optimiser la prise en charge des patients, une communication efficace entre spécialistes et médecins traitants est une des clés du succès.

Objectifs : évaluer les attitudes, les difficultés et les opinions des médecins généralistes (MG) dans le domaine de la chirurgie ambulatoire.

Méthode : Quatre-vingt patients consécutifs ont bénéficié d'une chirurgie ambulatoire, 32 en traumatologie, 23 en O.R.L., 23 en ophtalmologie et 3 en proctologie chirurgicale, entre le 03/09 et le 05/12/2002. Un questionnaire de 10 items a été envoyé à leur MG respectif.
Résultats : Cinquante MG ont répondu, par courrier ou par téléphone.
Cinquante pour cent des MG ne se considéraient pas suffisamment informés pour répondre aux questions de leur patient sur les modalités de l'acte : techniques opératoire et/ou anesthésique (67%), suites et risques postopératoires (29%), caractère ambulatoire (19%) ou indication (14%).
En postopératoire, 20% des MG ont revu leur patient le soir même. Quatre-vingt deux pour cent des MG étaient informés de l'acte pratiqué, dont 73% par une lettre de liaison du spécialiste.
Vingt-neuf pour cent des MG ont déjà été confrontés à une urgence suite à un acte ambulatoire (saignement O.R.L., syndrome algique ou problème local le plus souvent). Les problèmes fréquemment rencontrés dans la prise en charge postopératoire ont été les soins

infirmiers, la reprise du travail, la gestion de la douleur, du traitement anticoagulant et la reprise de la conduite automobile. Six pour cent des patients (3/50) n'ont pas été satisfaits de leur prise en charge (complication ou échec du geste réalisé).
Les principaux freins à l'ambulatoire sont pour les MG : le milieu socio-économique défavorisé (68%), un risque postopératoire (50%), le type d'intervention (38%), l'inquiétude du patient et/ou de ses proches (32%), des douleurs postopératoires (10%).
Cinquante-six pour cent des MG gardent des réticences à la chirurgie ambulatoire, dont 50% liées au patient et 43% liées à l'organisation de leur temps de travail.
Conclusion : Dans notre enquête, 90% des MG souhaitent davantage d'informations pour chaque patient géré en ambulatoire (indications de l'acte, courrier d'information préopératoire systématique, gestions des thérapeutiques antérieures du patient, conduite à tenir postopératoire).Tous les MG interrogés seraient aidés dans la prise en charge de leurs patients par un dossier médical partagé remis au patient et contenant les informations pratiques ainsi que les coordonnées des différents intervenants.
Soixante-dix-huit pour cent des MG souhaiteraient de plus une information générale sur la chirurgie ambulatoire, sous forme d'un EPU ou d'un congrès de formation médicale continue. L'option d'une information sur Internet intéresse 52% des MG.

LES OLIGOARTHRITES INFANTILES

Docteur GUYOT DROUOT
Docteur MAZINGUE

Les oligoarthrites de l'enfant constituent un ensemble d'affection dont la prise en charge doit répondre à des règles d'examens clinique, biologique et radiologique précises. Ces examens et la durée d'évolution des symptômes guideront notre démarche étiologique. Une arthrite septique doit être reconnue dans un premier temps, secondairement d'autres étiologies seront évoquées dont les rhumatismes inflammatoires de l'enfant, essentiellement les oligoarthrites juvéniles et les spondylarthropathies, en gardant à l'esprit les possibles manifestations ostéo articulaires révélatrices d'une hémopathie.

LES MARQUEURS EN CANCEROLOGIE : ROLE DU PSA ET SON INTERET

Dr BONNAL, Pr MAUROY, Pr BISERTE.
Fédération d'Urologie LILLE - ROUBAIX

Actuellement, un homme sur huit a un risque de découverte d'un cancer de la prostate au cours de sa vie. Le cancer de la prostate représente 25 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers masculins.
Depuis sa découverte en 1971 par Ham, l'utilisation du dosage de PSA (antigène prostatique spécifique) a révolutionné la prise en charge du cancer de prostate.
.
Le choix du dépistage est basé sur l'espérance de vie de cette population et le risque que présenter un cancer de prostate n'influence celle-ci.

L'Association Française d'Urologie recommande le **dépistage** du cancer de la prostate par le dosage du **PSA** et un toucher rectal tous les ans entre 50 et 75 ans et dès 45 ans s'il existe un risque familial ou ethnique.
On estime que le dosage du PSA à une sensibilité de 43-81% une spécificité de 59-93% une valeur prédictive positive de 28-49% et une valeur prédictive négative de 81-96%.
Dans ces conditions, ce dosage doit être interprété en association avec le toucher rectal en informant le patient sur les limites et les risques du dépistage.

LA NEUROMODULATION SACREE :
UNE AVANCEE MAJEURE CONTRE LES TROUBLES URINAIRES CHRONIQUES REBELLES AUX AUTRES TRAITEMENTS

J.L.BONNAL, F.DUCHENNE, F.CASSIM, B.MAUROY, J.BISERTE
Fédération d'Urologie – Lille-Roubaix

La neuromodulation permet par stimulation électrique continue du 3ème nerf sacré, de rééquilibrer les arcs réflexes qui contrôlent la miction. Elle vise à restaurer le contrôle mictionnel des patients souffrant d'hyperactivité vésicale ou, à l'inverse, d'état retentionniste.
La première implantation chez l'homme date de 1981 et son développement date surtout des années 90 grâce à la relative simplicité de cette méthode sa réversibilité et l'amélioration technique du matériel.

Déroulement de la neuromodulation

La neuromodulation se déroule en deux étapes : d'abord un test de stimulation, puis, pour les patients répondeurs, l'implantation du système permanent.
Le test de stimulation est une procédure simple qui se déroule au bloc opératoire sous anesthésie locale. Il consiste à positionner l'électrode à proximité de la 3ème racine sacrée. Elle est reliée à un stimulateur externe. Le patient retourne alors pendant trois à sept jours à son domicile. A l'issue de cette période, les résultats cliniques calendrier mictionnel) et urodynamiques sont analysés.

L'implantation du système permanent (neurostimulateur) s'effectue sous anesthésie générale. L'électrode est reliée par une extension au neurostimulateur (sorte de pace maker) implantée en sous-cutané dans la partie supérieure de la fesse. Le neurostimulateur est alors activé dans les deux à trois jours qui suivent son implantation par télémétrie trans-cutanée. Un télémètre individuel remis au patient lui permet de moduler l'intensité de stimulation dans des limites programmées. La durée de vie du neurostimulateur est de 5 à 10 ans et son remplacement est un geste simple qui peut éventuellement se réaliser sous anesthésie locale.

Indications

Actuellement, les indications les mieux documentées concernent les patients qui présentent des troubles urinaires rebelles aux autres thérapeutiques, de type :
- instabilité vésicale, rebelle aux traitements conservateurs (médicaments et rééducation), qui se manifeste par une impériosité avec ou sans fuite et/ou une pollakiurie invalidante
- état rétentionniste chronique avec hypertonie du sphincter strié

Sont également concernés, à un degré moindre les patients souffrant de douleurs périnéales ou pelviennes chroniques après échec de toutes les autres thérapeutiques.

Résultats

Le test de stimulation est considéré comme positif :
- s'il existe une amélioration d'au moins 50 % des symptômes, à la fois sur des critères subjectifs et objectifs (questionnaire de qualité de vie, calendrier mictionnel, bilan urodynamique).
- si les troubles réapparaissent après l'arrêt de la stimulation, une fois le test de stimulation réalisé.

Ce dernier critère est indispensable pour conclure définitivement à l'efficacité du système.

Globalement les femmes semblent mieux répondre que les hommes et que les patients porteurs d'une instabilité vésicale avec vessie hyperactive répondent mieux que ceux souffrant de douleurs pelviennes ou périnéales. Globalement 3/5 des patients tous confondus ayant eu un test de stimulation, ont répondu positivement à ce test. Lorsque le test a été considéré comme positif et qu'une décision d'implantation est prise, on peut prédire au patient un taux de succès de 80 % pour l'implantation du système permanent.
500 patients environ sont actuellement implantés en France, dont 20 % porteurs d'une incontinence anale.
Les indications s'élargissent actuellement vers les patients neurologiques, traumatisés médullaires ou porteurs de

sclérose en plaque, et les incontinences fécales idiopathiques.

Conclusion

La neuromodulation sacrée doit maintenant être intégrée dans l'algorithme du traitement des troubles urinaires chroniques rebelles. Elle permet effectivement d'apporter une solution aux troubles invalidants d'un certain nombre de patients qui se trouvaient jusqu'alors en impasse thérapeutique, permettant ainsi une très nette amélioration de leur qualité de vie.

BCG THERAPIE ET CANCER DE VESSIE : QUAND ? COMMENT ? POURQUOI ?

Dr. BONNAL, Pr. MAUROY, Pr.BISERTE
Fédération d'Urologie LILLE-ROUBAIX

Les instillations endovésicales de Bacille Calmette-Guérin (**BCG**) représentent le progrès le plus important réalisé ces vingt dernières années dans la prise en charge des tumeurs superficielles de la vessie.

Ces instillations diminuent significativement le risque de récidive et de progression toutefois elles peuvent être associées à un certain nombre de complications dont certaines graves, bien que très rares.

Le respect des modalités d'administration et des indications, est le gage d'une bonne tolérance.

Elles représentent dans les tumeurs à haut risque (grade 3) un véritable test thérapeutique.

Un échec précoce dans ce type de tumeur signifie une agressivité tumorale nécessitant une attitude chirurgicale plus agressive.

TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT ET HOMEOPATHIE

Dr Didier DESWARTE

L'abord des troubles du sommeil, vus et traités par l'homéopathie, présuppose la connaissance de la démarche homéopathique qui s'appuie sur des notions physiopathologiques ; par la toxicologie ; des notions pathogénétiques propres à la démarche homéopathique ; et sur ce qu'on appelle la bonne pratique, c'est-à-dire l'expérience des praticiens homéopathes eux-mêmes.

Nous envisagerons quelques grands médicaments homéopathiques, pouvant trouver leur indication quand ils sont en correspondance avec le patient. Nous ne pourrons pas aborder, bien sûr en si peu de temps l'approche du terrain de fond, et nous parlerons pas non plus des complexes et préparations homéopathiques, actives sans doute, mais ne pouvant s'adapter à toutes les situations et qui resteront limitées dans leur fiabilité par l'insuffisance d'individualisation du cas.

Quelques grands traits de médicaments seront évoqués tels que, ARNICA, BELLADONA, CAUSTICUM, ARSENICUM ALBUM, CYPRIPEDIUM, LACHESIS, STRAMONIUM, CINA, ZINCUM METALLICUM, TARENTULA, KALI BROMATUM, CHAMOMILLA, GELSEMIUM, HYOSCIAMUS, BORAX, COFFEA, JALAPA, IGNATIA.

Dans beaucoup de situations, l'homéopathie peut ainsi apporter une réponse non médicamenteuse du moins dans la référence chimique, dénuée d'effets secondaires, et efficace, d'autant plus qu'elle s'adresse à des organismes jeunes et donc réactifs à nos médicaments dilués et dynamisés.

GROSSESSE ET TOXIQUES (ALCOOL, TABAC, MEDICAMENTS) : PRISE EN CHARGE, DISCOURS A TENIR ENVERS LES PARTURIENTES

DR JEAN VIGNAU

Le discours aux parturientes concernant les consommations de toxiques n'est pas différent, *a priori*, de tout discours médical portant sur le mode de vie de la population. Il doit se fonder sur les données de la science et se montrer totalement respectueux de la personne à qui il s'adresse.

Le premier fondement (référence scientifique) signifie que le médecin doit faire l'effort de s'informer sur l'évolution des connaissances et effectuer un minimum de travail personnel visant à s'écarter de l'auto-référence (ses opinions personnelles qui peuvent être plus ou moins fondées, ce qui a été bon ou mauvais pour lui-même ou ses proches, ses habitudes ou préoccupations vis à vis de ses propres consommations…). Ceci est à rapprocher d'autres problématiques touchant au mode de vie telles que la manière de s'alimenter, la façon de prévenir ou de guérir les troubles du sommeil ou « l'art d'accommoder les bébés », par exemple. Il est à noter que le type de produit en question (alcool, drogues, tabac ou médicaments psychotropes) est important à considérer pour moduler le discours médical.

Le deuxième fondement (respect de la personne) implique que le médecin passe du temps à l'écoute de sa patiente, qu'il puisse évaluer la place que ses éventuelles consommations tiennent dans sa vie et son parcours. En particulier, il est indispensable de réaliser une « Diagnostic Addictologique » détaillé : de manière générale et pour chaque produit consommé, il sera évalué d'une part le lien qui unit la personne à son produit (d'une entière liberté à un total assujettissement) et d'autre part les dommages médicaux, psychologiques et sociaux qu'il a induit. Les objectifs et les modalités de la prise en charge comme de l'information et de la prévention devront être en adéquation avec ce diagnostic.

SURVEILLANCE DES PROTHESES DE HANCHE

Pr Henri MIGAUD,
Pr Philippe LAFFARGUE,
Dr Arnaud BESSON
Service d'Orthopédie C, C.H.R.U. de Lille, Hôpital Roger Salengro, Lille

Si les résultats des prothèses de hanche sont habituellement acquis rapidement et sont dans la majorité des cas très satisfaisants, cela ne doit pas occulter la nécessité d'une surveillance clinique et radiographique afin de détecter les complications à long terme : descellement, infection secondaire, usure et ses conséquences locales sur l'os péri-prothétique (ostéolyse) et générales liées à la toxicité des débris d'usure.

C'est le médecin généraliste qui assure la prévention et la détection des infections secondaires, mais il doit aussi rappeler au patient de s'astreindre à cette surveillance. En effet, hormis l'infection secondaire, habituellement d'installation bruyante, les autres complications tardives sont souvent peu symptomatiques, du moins à leur phase précoce. Le calendrier de surveillance n'est pas univoque selon les équipes, mais il est habituel contrôler le statut des patients à 6 semaines (cicatrisation et complications précoces) et à un an (instabilité, dysfonctionnement mécanique précoce, problème infectieux). Une surveillance à distance est recommandée (tous les 2 à 3 ans) pour dépister les phénomènes d'usure et ses conséquences sur la fixation prothétique et l'os adjacent. Ce calendrier doit être d'autant plus suivi que le sujet est jeune et actif; mais c'est souvent chez ce type de patient qu'il est le plus difficile à faire respecter.

Cette surveillance est justifiée par le fait que les changements prothétiques sont

d'autant plus complexes que la détection des complications aura été tardive. Par exemple, les descellements acétabulaires, très longtemps asymptomatiques, font courir des risques vasculaires et vitaux aux patients lors de reprises effectuées en présence de lésions évoluées. A l'inverse, un simple changement de pièces de frottement usées, possible en cas de détection précoce, ne fait pas courir de risque spécifique au patient et permet une récupération fonctionnelle plus rapide.

Ce sont souvent les douleurs qui constituent un signe d'alerte et qui doivent faire pratiquer un bilan radio-clinique. Ainsi, devant une prothèse longtemps indolore, la survenue de phénomènes douloureux doit faire évoquer en urgence une inoculation septique secondaire, même si le diagnostic le plus fréquent dans cette situation est le descellement prothétique qui ne requiert habituellement pas de thérapeutique urgente. D'une façon générale, toute prothèse de la hanche douloureuse est suspecte de complication et justifie un avis chirurgical.

Une simple surveillance clinique est insuffisante, puisque la majorité des usures et des descellements sont asymptomatiques, jusqu'à un stade avancé. Une surveillance radiographique est indispensable, elle doit comporter des clichés de face et de profil si possible pris dans les mêmes conditions au cours des différentes consultations de contrôle. Les autres investigations sont demandées plus rarement, soit en raison de la suspicion d'une complication (ponction pour suspicion d'infection, scintigraphie au technétium et/ou gallium), soit en raison de l'utilisation d'une prothèse particulière (dosage sanguin du cobalt pour détecter l'usure des prothèses à couple de friction métal/métal)

TREMBLEMENT ESSENTIEL

Pr L. DEFEBVRE, Pr S. BLOND
Service de Neurologie et Pathologie du mouvement
Service de Neurochirurgie Fonctionnelle

Le tremblement essentiel est la cause la plus fréquente de tremblement postural dont l'origine est inconnue. Cette affection est plus fréquente que la maladie de Parkinson (de l'ordre de 200.000 patients en France). Dans plus de la moitié des cas il existe des antécédents familiaux suggérant une hérédité autosomique dominante à pénétrance variable. Il survient préférentiellement chez le jeune adulte ou le sujet âgé. Le tremblement est présent dans la posture mais aussi dans l'action (écriture, manipulation d'un verre...). Il affecte les membres supérieurs de façon bilatérale mais parfois avec un caractère asymétrique. Il peut toucher le chef (tremblement de dénégation ou d'affirmation), plus rarement les membres inférieurs. L'extension au larynx est possible avec un timbre de voix chevrotante. Il est aggravé par l'émotion, le stress, l'exercice, la fatigue, il s'atténue ou disparaît transitoirement après la prise d'alcool. Sa fréquence est rapide de 6 à 12 Hz, elle tend à diminuer avec l'âge alors que l'amplitude des oscillations augmente. L'examen neurologique est, en dehors du tremblement, strictement normal (en particulier absence de syndrome akinéto-rigide associé). L'évolution est lentement progressive mais lorsqu'il devient intense il peut être une source d'un handicap fonctionnel et social majeur. Son traitement repose sur le Propranolol (Avlocardyl®), β-bloquant non cardio-sélectif (de 40 à 160 mg/jour). En cas de contre-indication, de mauvaise tolérance ou d'inefficacité, on aura recours à la Primidone (Mysoline®) (de 125 à 750 mg/j). Certaines formes sévères de tremblement essentiel répondent au clonazépam. Les benzodiazépines le réduisent de façon non spécifique. La chirurgie fonctionnelle (stimulation continue du noyau ventral intermédiaire du thalamus) est parfois proposée dans les cas rebelles et sévères.

SEMEIOLOGIE DES MOUVEMENTS INVOLONTAIRES ET MALADIE DE PARKINSON

Pr L. DEFEBVRE
Service de Neurologie et Pathologie du mouvement

Le tremblement de repos, mouvement involontaire le plus classique révèle la maladie de Parkinson dans 70 % des cas. Décrit d'abord comme une sensation de vibration interne, il apparaît à l'émotion et à l'épreuve du calcul mental. De topographie unilatérale ou très asymétrique, il débute classiquement aux membres supérieurs ou intéresse parfois de façon isolée le pied, les lèvres, la mâchoire, la langue, épargnant le chef. Présent au repos, il disparaît lors du mouvement. Sa fréquence est de 4 à 6 Hz. Dans les formes sévères, le maintien d'attitude et le mouvement volontaire ne suppriment pas totalement le tremblement.

Après quelques années de traitement par la L-dopa des mouvements involontaires peuvent apparaître en association aux fluctuations de symptomatologie. Ils sont préférentiellement observés chez des patients débutant à un âge relativement précoce leur maladie (moins de 60 ans). Les dyskinésies de milieu de dose, contemporaines de taux sériques élevés de L-Dopa (stimulation dopaminergique excessive), se caractérisent par des mouvements choréiques des membres, du tronc ou de la région cervicale. Les dyskinésies biphasiques de début de dose annoncent l'efficacité thérapeutique et sont volontiers caractérisées par des mouvements balliques ou des mouvements alternatifs répétitifs des membres inférieurs ; en fin de dose elles annoncent le retour à l'état parkinsonien, il s'agit alors de postures dystoniques des membres inférieurs volontiers douloureuses. Des mouvements dystoniques (pied en varus equin, extension spontanée du gros orteil) sont également observés au cours des périodes de blocage ou le matin au réveil avant la première prise médicamenteuse.

Fluctuations et mouvements involontaires peuvent s'associer au cours de périodes on-off : le patient peut passer en quelques secondes d'un état normal (période on), avec ou sans mouvement involontaire choréique, à un état parkinsonien (période off) caractérisé par une recrudescence majeure des troubles moteurs.

NUTRITION ARTIFICIELLE A DOMICILE (NAD) MODE D'EMPLOI

D.LESCUT, D GUIMBER, D SEGUY, B SEIGNEZ, H BERNARD, F NOURRY, M CHOMBARD, F GOTTRAND,
UNAD CHRU LILLE

Les réglementations concernant la NAD ont changé, souvent dans le sens de la simplification :
En ce qui concerne la Nutrition Entérale à Domicile (NEAD) : l'arrêté du 20/09/00 précise :

- Prescription médicale issue d'un service habitué à la prise en charge nutritionnelle des patients
- Livraison des nutriments et/ou du régulateur de débit par un prestataire de service, qui transmet les informations de suivi nutritionnel au médecin prescripteur

En ce qui concerne le Nutrition Parentérale à Domicile (NPAD) : les recommandations de l'Agence de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé précisent :

- Prescription par tout médecin, mais il est fortement recommandé que la prescription soit réalisée sous le conseil d'un spécialiste
- Il doit s'agir d'une assistance nutritionnelle :
  - En complément d'une alimentation orale insuffisante
  - Poches nutritives adaptées (<1500kcal)
  - Nécessité d'une supplémentation en vitamines, ions et oligoéléments
  - Durée comprise entre 1 semaine et 2 mois par voie centrale (entre 7 et 14 jours par voie périphérique)

- En dehors de ce cadre, la NPAD doit être effectuée par les centres agréés.

La NAD représente une alternative à l'hospitalisation souvent utile, notamment dans le cadre de soins palliatifs. Il importe d'en connaître les modalités, qui devraient cependant à nouveau être modifiées dans les mois à venir.

COLIQUE NEPHRETIQUE ET GROSSESSE

Pr Jacques BISERTE,
Pr Brigitte MAUROY,
Dr Jean Louis BONNAL

Malgré l'hypercalciurie gravidique, malgré la stase urinaire qui accompagne la grossesse, l'incidence de la lithiase rénale n'est pas plus importante chez les femmes enceintes que chez les non enceintes, même chez les "lithiasiques" connues. Mais la survenue de coliques néphrétiques pose, chez elles, des problèmes spécifiques :

- problème de diagnostic clinique, car le tableau de la colique néphrétique peut sur ce terrain être très atypique,

- problème de diagnostic d'imagerie, car il faut bien entendu éviter l'irradiation et le diagnostic échographique n'est pas aussi performant en raison de la dilatation préexistante de la voie excrétrice supérieure,

- problème thérapeutique enfin, les AINS sont contre indiqués, en particulier pendant les deuxième et troisième trimestres, les manoeuvres instrumentales sont plus délicates et la lithotripsie extracorporelle n'est pas utilisable.

Il faut par ailleurs éviter toute surinfection car la pyélonéphrite aiguë de la femme enceinte fait courir un risque de morbidité et de mortalité maternelle et foetale.

Toutes ces particularités seront détaillées en vue d'une conduite à tenir pratique.

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE OTORRHEE OTALGIE SANS OTITE

Professeur A. DESAULTY

Les différents types d'otite se caractérisent par deux symptômes dominants : l'hypoacousie et l'otorrhée. Le premier symptôme n'inquiète pas souvent le patient mais doit conduire sans urgence à un avis ORL et à un bilan audiométrique.

L'otorrhée nécessite bien plus une prise en charge rapide : quel contexte ? enfant, diabétique… Quelles circonstances ? baignade, rhinopharyngite… Quels caractères ? fluide, fétide… Quel germe ? pseudomonas aeruginosa (habituel). Quel diagnostic ? otorrhée tubaire, otorrhée sur drain, cholestéatome… Quel traitement ? antibiothérapie générale ou locale et/ou chirurgie ?

La douleur est rare au cours des otites en dehors de l'OMA. L'otalgie correspond le plus souvent à une douleur projetée d'origine péri auriculaire ou pharyngée. Il peut exister un dysfonctionnement de l'articulation temporo maxillaire. Dans un contexte alcoolo tabagique, le premier diagnostic à suspecter est un cancer de l'amygdale ou du pharyngo-larynx. Le délai entre le début de l'otalgie et le diagnostic est alors fondamental pour le pronostic. La recherche étiologique est essentielle devant toute otalgie.

EPICONDYLALGIES : TRAITEMENT CHIRURGICAL EN 2003

C. CHANTELOT
Service de chirurgie de la Main et Membre Supérieur, CHRU de Lille

Introduction :

Les épicondyalgies posent un difficile problème de prise en charge. Longtemps considéré comme la maladie des joueurs de tennis, on la rencontre de plus en plus dans le cadre de maladie professionnelle. Cette population rend la prise en charge administrative tout autant difficile que la prise en charge chirurgicale. Le geste chirurgical doit intervenir après 6 mois d'un traitement fonctionnel bien conduit. Certains préfèrent même attendre une année. Une considération du poste de travail doit être impératif pour pouvoir adapter au mieux la maladie professionnelle.

Historique des techniques chirurgicales :

- Hohmann en 1927 propose une résection de l'aponévrose commune des extenseurs du poignet et des doigts au niveau de l'insertion des épicondyliens.
- Cyriax en 1936 insiste sur le rôle du CERC aboutissant au traitement par massage transverse profond et étirement.
- Bosworth en 1955 propose une chirurgie extensive en réséquant l'aponévrose, le ligament annulaire et la tête radiale.
- Garden en 1961 propose d'allonger le CERC à sa jonction musculo-tendineuse.
- Après les travaux de Goldie sur les lésions dégénératives des tendons, la chirurgie a consisté à une désinsertion du CERC, du brachio-radialis et l'extenseur commun des doigts.

Techniques chirurgicales :

À ce jour, plusieurs techniques chirurgicales ont été élaborées, mais deux principes s'affrontent avec les techniques de désinsertion et les techniques d'allongement en VY. Nous préférons la technique de désinsertion car la voie d'abord nous permet de réaliser l'avivage de l'épicondyle latéral (intérêt de la radiographie de coude de face à la recherche d'une calcification), de même si un geste intra-articulaire est nécessaire, l'accès est plus aisé (résection de frange synoviale du compartiment huméro-radiale et intérêt de L'IRM de coude à sa recherche). La technique d'allongement ne traite pas le problème de la tendinite d'insertion, elle permet essentiellement une détente des muscles.

Après désinsertion totale des muscles épicondyliens nous obtenons un effet d'allongement de 1 à 2 cm permettant une détente des muscles. Nous évitons de faire des perforations sur l'épicondyle latéral, elles sont source de douleurs et de saignements. En fin d'intervention, nous réalisons une suture en paletot distendu des muscles épicondyliens. Ce geste permet d'éviter les condyles chauves douloureux.

Les suites opératoires sont simples avec une hospitalisation de 24 heures, l'analgésie post-opératoire est assurée par un bloc au Naropène. Le coude est immobilisé dans une simple écharpe pendant 15 jours, nous évitons les plâtres à cause des raideurs articulaires et nous n'avons pas constaté de bénéfice de l'immobilisation stricte. Par contre le plâtre sera systématique pour les reprises, mais ceci prolonge très souvent la rééducation. Une rééducation est entreprise au bout des 15 jours, du type massage transverse profond et ultrason.

Dans le cas d'une compression de la branche profonde du nerf radial confirmée après un EMG, nous réalisons la décompression par une voie antérieure. Nous n'utilisons pas une seule voie d'abord pour réaliser les deux gestes comme d'autres auteurs. Le contrôle du faisceau moyen du supinateur (arcade de Fröshe) est plus aisé et sans danger par une voie antérieure. La double voie pose surtout un problème esthétique chez la femme.

La chirurgie ne doit intervenir seulement si l'épicondylite est rebelle au traitement fonctionnel et si celle-ci est invalidante. Le chirurgien doit prendre en compte l'activité professionnelle du patient et il faudra adapter au mieux son poste de travail ultérieur.

Références :

- *M. Mansat : Pathologie chirurgicale du coude, Sauramps médical, 1999.*
- *JY. Alnot : Pathologie traumatique et non traumatique du coude, Cours de chirurgie de la main et du membre supérieur de BICHAT, 1994.*

LE DEPISTAGE SCANOGRAPHIQUE PRECOCE DU CANCER BRONCHIQUE : FAITS ET CONTREVERSE

Pr. M. REMY-JARDIN, Pr. J. REMY. Dr. I. MASTORA, Dr. P.Y. BRILLET, Dr. D. HENNION, Dr. Ph. DUMONT, Dr. N. BOUAZIZ,

Les cancers bronchiques sont la principale cause de décès par cancer.
A la différence des tumeurs mammaires ou colo-rectales qui sont l'objet de campagnes de dépistage, la preuve de l'utilité du dépistage des cancers bronchiques en terme de réduction de la mortalité spécifique n'a jusqu'à ce jour pas été apportée. Les améliorations technologiques et l'avènement du scanner spiralé faiblement irradiant ou « low dose » a redonné à ce sujet un formidable intérêt dans ces dernières années.
Les premiers travaux préliminaires semblent indiquer que 2/3 des cancers bronchiques dépistés par la tomodensitométrie sont diagnostiqués à un stade précoce.
D'autres données font état d'une possible amélioration de la survie de ces cancers dépistés.
Cependant, il reste à démontrer que le dépistage améliore la mortalité spécifique par cancer bronchique.
Le consensus actuel ne plaide pas pour une utilisation large du dépistage par tomodensitométrie mais plaide pour la participation de sujets volontaires « à risque » dans des études de dépistage comparatives et randomisées qui seules seront à même de confirmer ou d'infirmer la validité d'une telle approche.

BOURSES AIGUES DE L'ENFANT

R. BESSON, N. KHEN
Clinique de Chirurgie et Orthopédie de l'Enfant.
Hôpital Jeanne de Flandre. CHRU. Lille.

Définition: On parle de bourses aiguës de l'enfant pour toutes les manifestations douloureuses inflammatoires ou toutes les modifications de forme de volume, de coloration des bourses qu'elles soient spontanées ou post-opératoires. Ces manifestations peuvent être associées ou non à des signes généraux d'apparition plus ou moins rapide.
Il peut s'agir d'une pathologie des enveloppes, du testicule, des annexes testiculaires, de l'expression scrotale d'une pathologie abdominale intrapéritonéale ou rétropéritonéale.

L'examen clinique

Il est l'élément clé de la décision thérapeutique. L'interrogatoire note l'heure du début des troubles, les circonstances de survenue. L'inspection recherche l'existence d'un œdème, d'une inflammation, d'un hématome, d'une plaie. Il conviendra de rechercher la présence ou non d'un testicule dans la bourse par la palpation prudente et douce de celle-ci. La palpation abdominale doit être systématique à la recherche d'un point douloureux ou d'une masse. Une exploration chirurgicale sera effectuée au moindre doute de torsion testiculaire.

1. **La pathologie des enveloppes:** l'oedème idiopathique des bourses et du périnée, les traumatismes à type d'hématome, de plaies, de brûlures.
2. **La pathologie du testicule et de ses annexes:** la torsion d'hydatide, la torsion du testicule, le traumatisme testiculaire, les épididymites et orchi-épididymites.

La torsion testiculaire

L'urgence est à la torsion du testicule qui nécessite une détorsion dans les 6 heures après l'épisode initial. Deux types de tableaux sont rencontrés dans la torsion testiculaire

- en période prénatale et néonatale où l'on découvre souvent un testicule nécrosé. Cette torsion est peu symptomatique.
- La torsion testiculaire du grand enfant où le tableau clinique est en général beaucoup plus parlant. Il y a donc plus de chance de pouvoir intervenir

dans des délais permettant de conserver le testicule.

Les difficultés du diagnostic clinique de torsion, l'absence de contribution formelle des examens complémentaires amènent à proposer une exploration chirurgicale au moindre doute.

Les traumatismes du testicule

Il peut s'agit de contusions ou de plaies pénétrantes. L'interrogatoire et l'inspection sont les éléments du diagnostic. Le bilan comportera une échographie.

L'exploration chirurgicale est nécessaire en cas de fracture du testicule ainsi que pour les contusions associées à un séquestre ou une hématocèle.

Epididymite et orchi-épididymite

Elles peuvent survenir, soit dans un contexte particulier de type malformatif (imperforation anale, fistule urétro-rectale résiduelle, hypospadias postérieur, exstrophie vésicale, malformation des voies séminales), soit survenir dans un contexte d'infection urinaire, ou encore comme bien souvent de façon idiopathique. Le diagnostic différentiel avec la torsion de testicule peut être difficile et il vaut mieux explorer une orchi-épididymite de façon chirurgicale que de laisser un testicule tordu en évoquant le diagnostic d'orchi-épididymite.

3. L'expression scrotale d'une pathologie Intra ou rétro-péritonéale.

On pourra retrouver une appendicite herniaire, une fusée purulente d'un abcès appendiculaire, une hernie étranglée sur une ectopie testiculaire. Il convient devant toute douleur abdominale de toujours préciser la position des testicules.

En conclusion, une échographie rassurante n'éliminera jamais une torsion testiculaire. Il convient donc d'explorer chirurgicalement toutes les bourses aiguës au moindre doute. Il ne faut jamais effectuer de castration de première intention.

DIABETE GESTATIONNEL : DEVENIR A LONG TERME

Dr Anne VAMBERGUE
Service d'Endocrinologie et Diabétologie,
Clinique Marc Linquette,
CHRU, Lille



Défini comme un trouble de la tolérance au glucose de sévérité variable, apparu ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, le diabète gestationnel représente un problème de santé publique par sa fréquence (1 à 6% de l'ensemble des grossesses) et par son retentissement maternel et fœtal à court et à long terme. Actuellement, le diabète gestationnel reste l'objet de controverses, notamment en ce qui concerne son dépistage et son diagnostic, sa prise en charge thérapeutique et la réalité de ses conséquences. A long terme pour la mère, il existe un risque important d'évolution vers le diabète sucré, essentiellement le diabète de type 2. Il s'agit d'une population à très haut risque de diabète, pour laquelle on peut penser qu'il sera possible grâce à des programmes spécifiques d'intervention thérapeutique de retarder voire d'empêcher l'apparition du diabète et de ses complications. En effet, les mécanismes physiopathologiques sont de mieux en mieux connus.

Le diabète gestationnel et le diabète de type 2 seraient la même entité, le premier serait un mode de révélation précoce du second. A long terme, les enfants nés de mères ayant eu un diabète gestationnel présentent plus fréquemment une obésité et des anomalies de la tolérance glucidique.

La prise en charge au long cours de ces femmes et de ces enfants doit actuellement être mieux codifiée et organisée. Un argument majeur en faveur du dépistage est de cibler ces populations à très haut risque de diabète, de pouvoir les suivre après l'accouchement et de commencer très précocement une prise en charge thérapeutique dans le but de prévenir ou retarder l'évolution vers un diabète de type 2.

QUAND UNE COURBE DE CROISSANCE EST-ELLE PATHOLOGIQUE ?

Dr J. WEILL
Endocrinologie Pédiatrique, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille

Les courbes de croissance doivent être tenues à jour sur le carnet de santé. Il convient de porter attention non seulement aux tailles inférieures à 2 écarts-type par rapport au sexe et à l'âge chronologique mais à la vitesse de croissance (en pratique avec une valeur-seuil de 4,5 cm/an en période prépubertaire). Le retard de croissance a toutes les chances de ne pas être pathologique ; si elle est inférieure à cette valeur, on peut se trouver devant un retard simple de croissance ou un retard pathologique.

Cependant, le reste de l'examen clinique conserve son importance pour évaluer l'existence d'une pathologie :

- Anamnèse de la taille parentale à la recherche d'une petite taille ou d'un retard transitoire de développement familiaux et de la taille de naissance de l'enfant à la recherche d'un retard de croissance à début intra-utérin.
- Recherche de signes orientant vers une pathologie viscérale (maladie chronique, diarrhée, troubles neurologiques, etc.…)
- Calcul de l'Indice de Masse Corporelle, reporté sur sa courbe figurant dans le carnet de santé : excessif, il oriente vers la possibilité d'un hypercorticisme, insuffisant, vers une dénutrition chronique
- Examen clinique à la recherche d'un syndrome dysmorphique, d'une anomalie viscérale ou d'une anomalie génitale (cryptorchidie, micropénis).

La détection d'une anomalie permet la sélection des patients à adresser à l'endocrinologue pédiatre.

HYGIENE AU CABINET MEDICAL

Dr MERCIER Frédéric,
Pr GLANTENET Raymond,
Pr COURCOL René

Les médecins pratiquent quotidiennement des gestes de soins qui génèrent un risque infectieux, tant pour le patient que pour le professionnel. Ce risque est surtout lié la contamination croisée des micro-organismes.
Dans le cadre d'une thèse de médecine générale, une étude a été menée chez 309 praticiens du Nord-Pas-de-Calais adhérant à une association de Formation Médicale Continue
Cette recherche avait pour objet l'étude des pratiques d'hygiène des médecins généralistes libéraux des départements du Nord et du Pas-de-Calais.
La méthode choisie est l'enquête épidémiologique par l'utilisation d'un questionnaire auprès d'un échantillon de 309 médecins généralistes.
Deux tiers des médecins se lavent les mains entre deux patients mais trois quarts n'utilisent pas la friction par solution hydro-alcoolique ni au cabinet, ni lors des soins à domicile. L'acceptabilité du port de gants est bonne même si un peu plus d'un médecin sur deux n'en porte pas lors d'actes à risques.
Le matériel à usage unique est préférentiellement employé, sauf pour quelques dispositifs médicaux comme les essuie-mains en tissu encore utilisés une fois sur deux.
Moins d'un tiers des médecins utilisent l'autoclave préférant une fois sur deux la désinfection chimique.
Le tri des déchets est pratiqué par neuf médecins sur dix, seulement un tiers le réalise en visite. Trois quarts des médecins ont choisi la collecte à domicile par un prestataire pour les éliminer.
La reconnaissance de l'existence d'un risque lié aux soins ambulatoires améliore les pratiques des médecins vis-à-vis de la prévention de ce risque.
L'organisation de séances de formation continue à l'adresse des professionnels de santé libéraux peut contribuer à l'amélioration des pratiques des médecins en ce domaine.

Thèse, médecine Lille 2002

LA GREFFE RENALE AVEC DONNEUR VIVANT : REVISION DE LA LOI BIOETHIQUE. ACTION PREEMPTIVE POTENTIELLE. DE MEILLEURS RESULTATS AU LONG COURS. INFORMATION ET PRECAUTIONS.

Pr NOEL, Pr PRUVOT

De nombreuses questions accompagnent la révision de la loi bioéthique qui va donner la possibilité de réaliser des greffes rénales à partir de donneurs vivants non apparentés (TRDV).
Cette procédure est-elle devenue une technique sûre ? Pour le donneur, le problème est identique qu'il soit apparenté ou non. Si l'on respecte l'absence de difficulté chirurgicale et l'absence de morbidité potentielle en post opératoire, le seul problème est celui de l'apport de la pratique de la cœlioscopie.
La TRDV no apparentée est-elle éthiquement admissible ? Comme pour le donneur apparenté, il faut envisager le risque à distance pour le donneur. En revanche, peut-être d'avantage que pour le donneur apparenté, le risque de pressions exercées sur le donneur est réel.
La TRDV est-elle une solution à la pénurie d'organes ? Emerge-t-elle réellement comme la solution idéale parmi les voies alternatives telles l'utilisation des donneurs âgés ?
Est-on certain, enfin, que toutes les actions en vue d'augmenter le nombre de prélèvements d'organes en France sont épuisées ? Il est important de répondre par la négative à ces questions.
Les véritables avantages sont les meilleurs résultats à distance par rapport aux greffes réalisées à partir de donneurs décédés et la possibilité de réaliser des greffes préemptives (avant dialyse), sans pénaliser les autres patients sur liste d'attente.
La révision de la loi bioéthique doit apporter de façon associée une série de mesures encore non parfaitement connues qui essaieront de garantir l'absence de pression sur le donneur et l'obligation du suivi de celui-ci (registre).
Le médecin généraliste doit connaître ces nouvelles procédures, pour des raisons d'information évidente vis à vis des patients potentiels, mais également, de part ces connaissances privilégiées des couples et des familles, puisque son témoignage sera vraisemblablement sollicité.

L'INSUFFISANCE RENALE DU PATIENT DIABETIQUE SUIVIE PAR LE GENERALISTE

Pr NOËL

L'insuffisance rénale chronique (IRC) terminale n'est plus une affection rare et est en augmentation de prévalence de 5% par an. Les patients diabétiques sont victimes de maladies rénales d'étiologies non univoques qui représentent à présents les premières causes de prise en charge en dialyse. Dans la mesure où il est rare que l'insuffisance rénale aiguë aboutisse à l'IRC terminale, il est claire que ces patients sont suivis en grand nombre bien avant le stade d'IRC terminale, notamment par les médecins généralistes. Dans la mesure où les références tardives sont sources d'une sur morbidité et mortalité après prise en charge dialytique, il est important que les contacts avec les néphrologues soient plus précoces, d'autant qu'il existe à présent la possibilité de ralentir l'évolution vers l'IRC terminale.
Cependant, quelle est la valeur prédictive de la micro albuminurie ? Quelles sont les modalités de surveillance de ces patients en fonction du degré de réduction néphronique ? Quand le contact avec le néphrologue doit-il intervenir ? Quels sont les effets bénéfiques et secondaires des nouvelles thérapeutiques médicamenteuses que l'on propose à ces patients ? Toutes ces questions seront discutées et bon nombre de nuances sont à préciser

LES ASPECTS PEDIATRIQUES DU PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTE (PNNS).

Pr TURCK Dominique.
Unité de Gastro-entérologie, Hépatologie et Nutrition, Clinique de Pédiatrie, Hôpital Jeanne de Flandre et Faculté de Médecine, Lille.

Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) a été mis en place en 2001 sous l'égide du Ministère de la Santé. Ce plan, d'une durée de 5 ans (2001-2006), repose sur le travail d'un Comité d'experts mis en place par la Direction Générale de la Santé en 1998 et sur le rapport du Haut Comité de la Santé Publique publié en Septembre 2000 (1, 2). Les actions mises en œuvre par le PNNS ont pour objectif de promouvoir, dans l'alimentation, les facteurs de protection et de réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques et, au niveau des groupes à risque, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques.

Neuf objectifs nutritionnels prioritaires ont été retenus :

1. augmenter la consommation de fruits et légumes : réduire de 25 % le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes ;
2. augmenter la consommation de calcium : réduire de 25 % la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des Apports Nutritionnels Conseillés, tout en réduisant de 25 % la prévalence des déficiences en vitamine D ;
3. réduire la moyenne des apports lipidiques totaux à moins de 35 % de l'apport énergétique journalier, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35 % des apports totaux de graisses) ;
4. augmenter l'apport de glucides afin qu'ils contribuent à plus de 50 % de l'apport énergétique journalier, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25 % la consommation actuelle de sucres simples, et en augmentant de 50 % la consommation de fibres ;
5. réduire la consommation d'alcool à moins de 20 grammes par jour chez ceux qui consomment des boissons alcoolisées. Cet objectif n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique.
6. réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne des adultes ;
7. réduire de 10 mm Hg la pression artérielle systolique des adultes ;
8. réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (index de masse corporelle > 25 kg/m²) chez les adultes et interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants ;
9. augmenter l'activité physique dans les activités de la vie quotidienne par une amélioration de 25 % du pourcentage des sujets faisant, par jour, l'équivalent d'au moins ½ heure de marche rapide (monter les escaliers à pied, faire les courses à pied). La sédentarité, qui est un facteur de risque de maladies chroniques doit être combattue chez l'enfant.

A côté de ces objectifs nutritionnels prioritaires chiffrés qui visent l'ensemble de la population, 9 objectifs nutritionnels spécifiques ont également été définis visant des populations particulières, notamment les enfants et les adolescents. Il s'agit de :

1) réduire la carence en fer pendant la grossesse ;
2) améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse ;
3) promouvoir l'allaitement maternel ;
4) améliorer le statut en fer, calcium et vitamine D des enfants et adolescents ;
5) améliorer le statut en calcium et vitamine D des personnes âgées ;
6) prévenir la dénutrition des personnes âgées ;
7) lutter contre les déficiences vitaminiques et minérales et les dénutritions chez les personnes en situation de précarité ;
8) lutter contre les déficiences vitaminiques et minérales et les dénutritions chez les personnes suivant des régimes restrictifs et les problèmes nutritionnels des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire ;
9) prendre en compte les problèmes

d'allergies alimentaires.

Un ensemble de mesures, d'actions et d'outils complémentaires et synergiques doivent permettre d'atteindre les objectifs prédéfinis (www.sante.gouv.fr, documents N, Nutrition).

Certaines mesures visent à informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant :

- Un logo « PNNS » a été créé permettant d'authentifier toutes les actions, mesures, messages et outils émis par les structures institutionnelles. Des opérateurs économiques pourront bénéficier pour les brochures, actions ou communications qu'ils produisent, d'une mention de conformité aux objectifs du PNNS après évaluation a priori ;
- Un guide alimentaire du PNNS destiné à la population générale et tiré à 2,5 millions d'exemplaires a été diffusé à partir de Septembre 2002 : la Santé vient en Mangeant (le Guide Alimentaire pour Tous) (3). Pragmatique, jouant sur l'identification des lecteurs à différents portraits de consommateurs où chacun peut se reconnaître, il présente des moyens pratiques, des conseils et des « trucs », qui permettent à chacun, quels que soient l'âge, le sexe, le mode de vie, les habitudes alimentaires actuelles ou le mode de vie, de promouvoir les facteurs de protection liés à la nutrition ;

  Le Guide Alimentaire pour Tous est accompagnée d'une édition spéciale pour les professionnels de santé (150 000 exemplaires). Un guide alimentaire pour les enfants (en fait pour les parents d'enfants de 0 à 18 ans), une brochure destinée aux adolescents ainsi que des documents d'accompagnement pour les professionnels de santé et les enseignants seront diffusés dans le courant de l'année 2004 ;
- La création d'un site Internet et le soutien de réseaux de proximité permettront de démultiplier et d'adapter ces actions d'information au niveau national et local ;
- Chaque année, une campagne de communication, marquée du logo PNNS, sera lancée : la première portait en Novembre 2001 sur la consommation de fruits et légumes ; la prochaine campagne en 2003 portera sur la promotion de l'activité physique dans la vie quotidienne ;
- Diverses mesures visent à éduquer le jeune consommateur et à créer un environnement favorable à une consommation alimentaire allant dans le sens des objectifs du PNNS. Parmi ces mesures, on retrouve la publication de la circulaire relative à la composition et à la sécurité des repas servis en restauration scolaire (Juin 2001), l'intégration de la dimension nutrition dans les programmes scolaires, le développement d'outils pédagogiques adaptés, la mise en place de l'analyse et l'authentification de la conformité au PNNS du matériel pédagogique produit par les firmes alimentaires et destiné au milieu scolaire, la mise en place de fontaines d'eau fraîche dans les établissements, l'incitation aux débats au sein des conseils d'établissement sur la pertinence de l'implantation de distributeurs de boissons ou de produits de grignotage.

Certaines actions visent également le système de soins, notamment pour la prévention, le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels chez l'enfant :

- Des moyens ont été développés afin de stimuler l'évaluation systématique de l'état nutritionnel, que ce soit dans le domaine du dépistage précoce ou dans celui de la prise en charge des problèmes nutritionnels : 60 000 disques adaptés aux enfants, basés sur la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC), seront diffusés aux médecins et diététiciens accompagnés d'une information adaptée à la fin de l'année 2003 ;
- Des recommandations pour la pratique clinique ont été élaborées par l'ANAES pour la prise en charge de l'allaitement maternel ; d'autres sont en cours de rédaction pour la prise en charge de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent et la nutrition des femmes enceintes.
- Une information des professionnels relais sur les rôles des facteurs nutritionnels impliqués dans le déterminisme des maladies

chroniques sera assurée au travers de synthèses actualisées. Deux sont actuellement disponibles : « Prévention de l'ostéoporose » et « Alimentation, nutrition et cancers ». Sont en cours de réalisation des brochures sur l'allergie alimentaire et l'allaitement maternel, cette dernière sous l'égide du Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie.

Au total, le PNNS constitue un plan de santé publique visant à atteindre des objectifs précis, chiffrés et programmés dans le temps, reposant sur des mesures et actions précises et ciblées et le développement d'outils spécifiques et adaptés, intégrant dans sa programmation sa propre évaluation et associant acteurs publics et privés et dont le succès passe par la responsabilisation de tous les acteurs concernés.
Les enfants et les adolescents sont spécifiquement concernés par le PNNS, en particulier pour arrêter l'augmentation très inquiétante de la prévalence de l'obésité (16% en France selon les dernières études) et favoriser la promotion de l'allaitement maternel (52% seulement d'enfants allaités à la sortie de maternité en 2002, soit l'avant-dernière place au sein de l'Union européenne).

Références bibliographiques :

1. Rapport du Groupe de travail « Politique Nutritionnelle et Santé Publique » coordonné par la Direction Générale de la Santé, 1999.
2. Rapport du Haut Comité de la Santé Publique. Pour une politique nutritionnelle de santé publique : enjeux et propositions. Editions ENSP, Septembre 2000.
3. La Santé vient en mangeant, Guide Alimentaire pour Tous, Programme National Nutrition Santé (PNNS), Septembre 2002.

LE PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE DE LA MUCOVISCIDOSE : une particularité française.

J.P. FARRIAUX [1,2], J.L. DHONDT [1], V. DUMUR [1], J.M. PERINI [1] et E. PAUX [1]

1) Association Nord-Pas-de-Calais de Dépistage – Lille. 2) Président de l'Association Française pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps de l'Enfant – AFDPHE -

Dans le cadre du programme national de prévention néonatale, la CNAMTS a accepté le financement du dépistage systématique de la mucoviscidose et la DGS/DHOS en a surveillé la mise en place en conformité avec les textes législatifs en vigueur, notamment en ce qui concerne l'utilisation de la biologie moléculaire pour le génotypage CFTR et la prise en charge des malades (*****).

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, l'action a débuté le 1er Janvier 2002 ; elle utilise l'organigramme défini au niveau national avec sur le prélèvement de sang séché de J 3 (déjà utilisé pour les autres dépistages : PCU, ...) :

- un dosage systématique de la trypsine immunoréactive (TIR)

et - un génotypage CFTR (limité à la recherche de 30 mutations les plus fréquentes en France) quand le taux de TIR est supérieur à la valeur seuil de 65 ng/l.

A priori, cet organigramme doit permettre de repérer plus de 95 % des malades dépistables.
Il faut en effet exclure des dépistables, les iléus méconiaux (± 15 %) et les observations où la TIR est normale (± 5 %).

Les **résultats** pour l'année 2002 sont :

- nouveau-nés testés : 56 271
- Nnés ayant une TIR ↗ : 383 (0,68%)
- Nnés ayant eu un génotypage : 375 (0,66%)
- Nnés mucoviscidosiques (******) : 9

Les **particularités** de ce programme sont : **1)** l'utilisation de la biologie moléculaire avec l'obligation d'une autorisation préalable des parents, **2)** la

prise en charge du malade et de sa famille dans une structure spécialisée : le Centre de Ressources et de Compétence de la Mucoviscidose (CRCM) avec un réseau régional, **3)** le repérage d'un nombre non négligeable d'hétérozygotes, **4)** la dérogation à l'un des critères essentiels du dépistage de réseau : un traitement efficace disponible.

Les **raisons** de ce programme sont : **1]** un diagnostic clinique trop tardif (60 % à l'âge de 1 an), **2]** des troubles nutritionnels très précoces, **3]** une amélioration des qualité et durée de vie par la prise en charge au sein d'une structure spécialisée multidisciplinaire (enfants ou adultes).

(*) : . Circulaire du 22 Octobre 2001 (DHOS-OPRC/2001 n° 505)
. Arrêté du 12 Avril 2002 portant désignation des CRCM du Bulletin Officiel n° 2002-16.
. Décret n° 2000-570 du 23 Juin 2002

(**) : auxquels il faut ajouter 3 iléus.

COMMENT TRAITER LE REFLUX GASTRO OESOPHAGIEN CHEZ L'ENFANT EN 2003

Pr F GOTTRAND

Clinique de Pédiatrie,
Hôpital Jeanne de Flandre,
CHRU de Lille et Faculté de Médecine,
Université de Lille 2

Depuis Septembre 2002, l'utilisation du cisapride (prépulsid*) est extrêmement restreinte et encadrée, aboutissant en pratique à une quasi disparition de son utilisation. Si sa prescription depuis 1988 avait été très (trop) large, l'absence d'autre médicament prokinétique ayant fait la preuve de son efficacité dans le traitement du reflux gastro-oesophagien (RGO) du nourrisson et de l'enfant, justifie cette mise au point des indications thérapeutiques actuelles dans le RGO.

Quelles sont les modalités thérapeutiques du RGO ?

- L'abstention. La majorité des nourrissons présentent des régurgitations simples, peu abondantes, qui disparaîtront spontanément avec l'age (85% des RGO « guérissent » à 18 mois-2 ans). Les explications, la réassurance de la famille peuvent suffire dans ces cas.
- Les mesures diététiques et l'épaississement. La correction des erreurs diététiques (un nourrisson qui régurgite est souvent vorace et affamé, plus il régurgite plus il réclame et plus la famille est tentée d'augmenter les quantités… et donc d'auto-entretenir ce RGO) est la première mesure à entreprendre. L'épaississement peut être réalisé avec des laits épaissis (laits « confort » ou « AR ») à la caroube ou avec de l'amidon, ou alors des épaississants (Gumilk*, Gélopectose*) rajoutés dans le biberon. Les quelques études réalisées avec les épaississants montrent clairement une efficacité sur le symptôme régurgitation, mais l'absence de toute efficacité sur le RGO par lui même (le nombre et la durée des reflux acides mesurés par pH-métrie ne sont pas modifiés).
- La position proclive -autre ancien pilier du traitement du RGO- est actuellement pratiquement abandonnée après les campagnes de prévention de la mort subite du nourrisson.
- Les prokinétiques. Le cisapride est le seul médicament prokinétique ayant démontré dans certaines études une efficacité sur le RGO. Quelques observations d'allongement du QT ont été rapportées chez des prématurés, pour des doses dépassant habituellement 0,8 mg/kg/j. Des cas d'allongement du QT et/ou de survenue de troubles du rythme ventriculaire (torsades de pointe) parfois mortels ont été rapportés (fréquence estimée à 2 pour 1 million de patients /mois), dans 85% des cas chez des patients polymédiqués (recevant des inhibiteurs du cytochrome P450 3A4) et/ou porteurs d'une pathologie cardiaque préexistantes ou d'autres facteurs de risque favorisant les

troubles du rythme. Actuellement son utilisation est très limitée, aux enfants de moins de 2 ans après échec des autres traitements du RGO. La prescription initiale doit être faite par un pédiatre hospitalier après réalisation d'un bilan sanguin et d'un ecg, répétés 72 heures après l'instauration du traitement, et tous les traitements doivent être signalés dans un registre national de suivi de sécurité de l'emploi. Pour les autres prokinétiques disponibles actuellement (dompéridone et métoclopramide), aucune étude n'a pu démontrer leur efficacité par rapport au placebo. Le métoclopramide doit être évité compte tenu des la fréquence de ses effets secondaires et l'étroitesse de la marge entre dose efficace et dose toxique. Le dompéridone du fait de sa bonne tolérance est ainsi re-devenu le médicament de première intention du RGO chez l'enfant.

- Les anti-acides n'ont pas d'efficacité directe sur le RGO mais sur l'oesophagite, et donc sur certains symptômes comme le pyrosis. Les effets secondaires les plus habituels sont des troubles du transit ; ils peuvent interagir avec l'absorption de certains médicaments, et exposer à une intoxication par l'aluminium en cas d'utilisation très prolongée et d'insuffisance rénale.
- Les antisécrétoires sont représentés par les anti-H2 (cimétidine, ranitidine, famotidine, nizatidine) et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) (oméprazole, lanzoprazole, pnatoprazole, rabeprazole, esomeprazole). Pour la majorité de ces médicaments les données pharmacodynamiques et pharmacocinétiques sont très pares voire absentes chez l'enfant, et seuls la cimétidine et l'oméprazole ont l'AMM en France en pédiatrie. Ils n'ont pas d'effet sur le RGO mais sur la sécrétion acide et donc sur le pyrosis et l'oesophagite. Les IPP ont très peu d'effets secondaires mais il n'existe pratiquement pas de donnée sur leur utilisation au très long cours en pédiatrie (l'AMM pour l'oméprazole est l'œsophagite ulcérée chez l'enfant de plus de 1 an, pendant 4 à 6 semaines).
- La chirurgie a des indications rares et bien codifiée. En pédiatrie c'est l'intervention de Nissen qui est la plus fréquemment réalisée.

Quelles indications ?

- Un reflux chez un nourrisson sans signe d'œsophagite, de malaise ne s'explore pas, il est physiologique. Détecter la suralimentation, éviter les jus de fruits, mettre en place des mesures de puéricultures (tétine, éructation au cours des repas, bonne position, acheter des bavoirs, prendre patience…)
- En cas de régurgitations gênantes utiliser des laits épaissis avant de penser médicaments.
- Si les symptômes persistent ou en cas de manifestations extra-digestives de RGO, la dompéridone peut être prescrite seule ou associée à des antiacides
- En cas de signes d'œsophagite (douleurs ou malaise pendant le biberon, hématémèse, mauvaise croissance) : endoscopie préférable avant traitement. Utiliser alors l'oméprazole chez l'enfant de plus de 1 an
- L'utilisation au long cours des IPP dans le RGO de l'enfant en dehors d'une œsophagite (actuellement le traitement de première intention chez l'adulte) n'est actuellement pas recommandée
- La chirurgie est indiquée en cas de RGO sévère (œsophagite récidivante ou résistante, malaise grave résistant au traitement) ou RGO du grand enfant dépendant du traitement médical

MEDECINE ET CORPS DE L'ADOLESCENT PSYCHOPATHOLOGIE



PRODUITS ET CONDUITES DOPANTES

Dr Jean VIGNAU
Dr J.D. ESCANDE

L'objectif de notre intervention est de donner aux médecins des indicateurs cliniques qui leur permettent de repérer certaines conduites alimentaires et sportives potentiellement pathologiques à l'adolescence.
Les changements pubertaires inhérents à l'adolescence s'accompagnent d'un ensemble de stratégies visant à construire de nouveaux repères identitaires (piercing, tatouage, modification du corps…) et amorcer le processus de différenciation par rapport au milieu familial.
Certaines pratiques sont banales à l'adolescence, telles que les régimes alimentaires restrictifs pour les filles et les exercices de musculation pour les garçons. Au travers de ces deux conduites apparemment opposées, l'une étant une recherche de minceur et l'autre de développement de la musculature, on peut entrevoir un même sentiment sous-jacent d'insatisfaction vis à vis de l'image du corps et un même processus de tentative de maîtrise de cette image corporelle.
Pour satisfaire ces exigences de modification de l'apparence corporelle, certains adolescents plus vulnérables que les autres vont mettre en place des stratégies extrêmes ou inadéquates, qui vont être secondairement dommageables pour leur santé psychique et physique ainsi que pour leur vie sociale.
C'est alors le corps qui parle à la place des mots.
Après la présentation de quelques éléments épidémiologiques et de quelques rappels ciblés sur le phénomène de l'adolescence, nous aborderons, par l'étude de cas cliniques, les éléments les plus essentiels permettant de guider dans la pratique, l'accompagnement de ces adolescents

LES PIEGES DIAGNOSTIQUES DU PSORIASIS ET STRATEGIES THERAPEUTIQUES

Pr DELAPORTE, Dr CARPENTIER

Le psoriasis est une maladie fréquente (2 à 5 % de prévalence dans nos pays industrialisés) dont le diagnostic est en général facile devant des plaques érythémato-squameuses bien limitées du tronc, des coudes et des genoux. Il n'en est pas toujours de même pour certaines formes cliniques ou pour des lésions dont la localisation est inhabituelle. Par ailleurs, le psoriasis est parfois « caché » et peut facilement échapper à un examen sommaire, ce qui implique de le traquer dans les moindres (re)plis et donc de déshabiller intégralement le malade. Deux particularités séméiologiques sont très utiles en pratique, le signe de la curette et le phénomène de Koebner qui même s'il n'est pas spécifique est rencontré dans 20 à 50 % des cas.

Le psoriasis palmoplantaire est souvent isolé et de diagnostic difficile car les lésions ne reproduisent pas l'aspect typique du psoriasis. Outre la kératodermie diffuse, on peut observer un aspect en « clou », des formes pustuleuses dont l'acrodermatite de Hallopeau et des formes à type de dysidrose qui sont particulièrement difficiles à distinguer de l'eczéma. L'acropulpite sèche et fissuraire est également assez fréquente, surtout chez l'enfant, et peut constituer la seule manifestation d'un psoriasis.

Sur le visage, le psoriasis prend très souvent l'aspect d'une dermite séborrhéique, ce qui pose de délicats problèmes de diagnostic différentiel, surtout quand cette atteinte est inaugurale.

L'atteinte des plis est fréquente, parfois révélatrice de la maladie et souvent source d'erreur diagnostique lorsqu'elle est isolée. La macération, les surinfections bactériennes et/ou fongiques et la tendance à l'eczématisation ainsi que l'application de topiques inadaptée en modifie bien souvent l'aspect.

L'adage « tout ce qui est rond n'est pas une mycose ! » s'applique également au psoriasis dans sa forme circinée très souvent confondu avec une dermatophytie de la peau glabre.

Enfin, il ne faudra pas oublier d'examiner les ongles et les muqueuses buccales, intéressées dans 5 à 20 % des cas selon les séries, et génitales, dont l'atteinte est plus fréquente chez l'homme.

Traiter un malade psoriasique, c'est d'abord évaluer le retentissement de sa maladie sur sa vie quotidienne, lui expliquer que l'on peut atténuer les signes ou mieux, les faire disparaître sans pour autant le guérir. Le traitement local est indispensable pour tous les malades, et suffisant pour les psoriasis de faible étendue. Aux classiques dermocorticoïdes et réducteurs, ont succédés sans pour autant les avoir remplacés les analogues de la vitamine D, dont 2 spécialités sont actuellement disponibles sur le marché : le calcipotriol (Daivonex®) et le tacalcitol (Apsor®). Plus récemment (1997), un dérivé de la vitamine A, le tazaroténe (Zorac®) a obtenu l'AMM, mais son utilisation reste limitée par les réactions d'irritations locales fréquemment observées. L'application de topique est contraignante et insuffisante lorsque le psoriasis est étendu et il faut alors avoir recours à d'autres stratégies. La photothérapie fait actuellement appel aux UVB à spectre étroit, qui devrait supplanter la classique PUVA. Les traitements par voie générale, longtemps limités aux rétinoïdes (Soriatane®) qui demeurent encore utilisés et très utiles, font également appel au méthotrexate ou à la ciclosporine. L'avenir immédiat va voir l'arrivée de thérapies immunomodulatrices, dont les essais cliniques sont prometteurs et dont pour l'instant seul l'etanercept (Embrel®), anti-TNF, a obtenu l'AMM dans le rhumatisme psoriasique.

<u>Référence</u> : Thivolet J. et Nicolas J.F. (eds) : Psoriasis : de la clinique à la thérapeutique. John Libbey Eurotext, Paris, 1997, 239 pages.

PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE D'UNE INFECTION URINAIRE CHEZ L'ENFANT

Dr NOVO
Unité de Néphrologie Pédiatrique, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille

L'infection urinaire (IU) du nourrisson et de l'enfant reste un problème majeur en Pédiatrie Les infections urinaires représentent la 2ème cause d'infection chez l'enfant après les infections respiratoires.
Les problèmes posés sont multiples : hétérogénéité des manifestations cliniques, difficultés de réalisation et d'interprétation de l'ECBU chez le petit enfant rendant parfois le diagnostic difficile, risques septicémiques chez le nouveau-né et le nourrisson, risques de cicatrices rénales surtout en cas d'uropathie sous jacente, risque de récidive en cas de retard au diagnostic et au traitement. L'IU est un des modes principaux de révélation des uropathies malformatives et doit faire pratiquer des investigations complémentaires.

Le but de la démarche diagnostique est de réaliser d'une part le diagnostic positif de l'IU, d'autre part de préciser la localisation de l'IU.
Les urines doivent être prélevées de façon extrêmement rigoureuse après désinfection locale afin d'éviter des erreurs d'interprétation qui peuvent donner lieu à des traitements inutiles. Chez le nourrisson la difficulté réside dans l'application de poches stériles qui en cas d'exposition prolongée entraîne un risque de contamination et de faux positifs. L'utilisation des bandelettes urinaires à la recherche de leucocyturie et de nitriturie est un bon test de

dépistage qui s'il est négatif permet d'éliminer le diagnostic d'infection

L'ECBU qui reste l'examen clef du diagnostic devra être réalisé au moindre signe clinique pouvant faire suspecter une IU chez l'enfant quelque soit son age. Le diagnostic d'IU devant être évoqué de principe devant tout enfant fébrile.

La distinction entre IU hautes fébriles (pyélonéphrites) et IU basses (cystite) est fondamentale compte- tenu des risques aigus et chroniques associées aux infections urinaires hautes.

Aucun argument formel ne permet de distinguer chez l'enfant les IU hautes des IU basses. En pratique on fait reposer la présomption d'atteinte du parenchyme rénal sur des arguments cliniques, biologiques et radiologiques. Cependant chez le nourrisson ce diagnostic est difficile et dans le doute il est préférable de considérer qu'il y a pyélonéphrite et de traiter comme telle.

Une fois le diagnostic posé trois questions se posent : faut-il hospitaliser l'enfant ? Quels traitements prescrire ? quel bilan demander?

Il n'existe aucun consensus formel concernant les critères d'hospitalisation. Ils sont habituellement basés sur l'age de l'enfant (en général moins de 6 mois), l'existence de signes septicémiques, une uropathie malformative connue.

De la même façon il n' y a pas de consensus sur la conduite du traitement.

L'objectif du traitement est d'éviter les complications aiguës à type de choc septique surtout chez le nouveau-né et le nourrisson, d'éviter les rechutes favorisées par une uropathie sous jacente de prévenir ou minimiser les lésions cicatricielles au niveau du parenchyme rénal.

Le profil de résistance des bactéries responsables d'IU impose l'utilisation initiale en inta-veineux (IV) d'une céphalosporine de 3ème génération, la ceftriaxone (Rccéphine®) associée à un aminoside. Cette bithérapie bactéricide, peut être réalisée en ambulatoire. Après 48 heures le relais se fait par une céphalosporine orale le cefixime (Oroken®) pour un traitement de 10 jours au total sauf chez le nourrisson de moins de 3 mois ou il faut poursuivre la ceftriaxone IV seule.

L'antibioprophylaxie orale en une prise vespérale doit être mise en route en relais du traitement d'attaque en attendant les résultats de la cystographie, à réaliser environ 3 semaines après l'épisode aigu à la recherche d'un reflux vésico-urétéral. L'échographie rénale peut être quant à elle réalisée précocement dès les premiers jours, afin de rechercher en premier lieu des signes en faveur d'une uropathie malformative. Elle peut également retrouver des signes d'atteinte rénale, mais dans ce dernier domaine son apport est variable selon l'importance des lésions et l'expérience des opérateurs.

LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET LA PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNE AGEE, PERSONNE AGITEE ET AGRESSIVE

Dr V. LEFEBVRE DES NOETTES
Géronto-Psychiatre AP-HP
Service du Dr. O. HENRY Centre Hospitalier Emile Roux

Le nombre des personnes âgées augmentent (15% des français ont plus de 65 ans et 4% c'est à dire 2000000 ont plus de 85 ans) et leur demande de soins augmente aussi de façon non négligeable.

Seulement 5 à 15% des personnes âgées vivent en institution de ceci est souvent précipité par une mauvaise gestion des troubles psychiatriques pouvant émerger dans le grand âge.

La vieillesse est l'âge des pertes, l'être humain compense par des tentatives d'adaptation comportementale face à des situations nouvelles. Le sujet âgé exprime facilement sa souffrance par des troubles de conduite : l'agitation et l'agressivité en sont des manifestations les plus fréquentes.

Nous décrirons ces symptômes chez la personne âgée dite normale et chez la

personne âgée souffrant de démence de type Alzheimer.

Nous évoquerons des outils simples d'évaluation (NPI, échelle de Cohen-Mansfield) puis nous proposerons des pistes thérapeutiques à développer selon 3 axes : le patient, l'aidant naturel et son environnement.

Les troubles psycho-comportementaux sont en institution très mal vécus par les équipes. Il faut savoir les remettre en perspective, écouter, expliquer, répondre et former le personnel.

INTRODUCTION

Les troubles psycho-comportementaux sont pour les équipes une urgence et pourtant il faut prendre son temps, jouer les « psychiatres pompiers » mais aussi les fins limiers.

Car derrière le bruit de l'urgence, surtout chez le patient dément, se cache parfois une cause qui peut être organique (fécalome, globe vésical, douleurs, fractures…)

Resituer l'urgence dans son contexte :

A quelle heure le trouble s'est-il déclenché ?, après quel événement ?, une visite ?, des heures d'attente dans les couloirs d'une consultation externe ?, l'annonce d'une mauvaise nouvelle ?, la perte d'un être cher ?…

Il faut savoir repérer les différentes causes ayant pu déclencher un trouble du comportement :

1. Les problèmes organiques.
   Un globe vésical, un fécalome, une infection pulmonaire ou autre, un AVC, un problème cardiaque, une fracture passée inaperçue, un hématome sous dural, une déshydratation, des troubles alimentaires,…
2 Dépister la iatrogènie avec, comme règle d'or savoir retirer le dernier médicament introduit.
3 Eliminer une confusion mentale
4 Repérer les grands tableaux psychiatriques comme les troubles de l'humeur avec la dépression hostile, ou un état maniaque, les tableaux psychotiques accompagnés de délires ou d'hallucinations en évaluer les thèmes, (préjudice, jalousie, persécution), les mécanismes (intuitif, interprétatif, …) et leur congruence ou non à l'humeur.
5 Bien décrire les symptômes concernant l'agitation et l'agressivité et s'aidant aux besoins d'échelles (Cohen Mansfield)

Trois illustrations cliniques vont étayer mon propos

CAS CLINIQUES

CAS N° 1

Madame T. 86 ans, ancienne aide soignante entre dans l'unité de soins palliatifs pour un cancer du pancréas.
Veuve depuis 15 ans elle est bien entourée par sa famille son MMS à l'entrée est de 26/30 et malgré l'annonce antérieure de son diagnostic elle ne présente pas de signe de dépression majeure.
L'interne introduit un nouveau dérivé morphinique en principe dénué d'effet secondaire pour soulager ses douleurs.
48 heures après elle présentera un vaste délire protéiforme accompagné d'hallucinations et d'épisodes d'agitation alternants avec des épisodes de prostration et de catatonie.
Les hallucinations visuelles sont très étranges : elle voit dans sa chambre plutôt à la tombée de la nuit une photocopieuse qui dédouble sa vie, elle a conscience de l'aspect bizarre de ses troubles et les exprime sans angoisse.
L'équipe s'affole et charge le médecin de prescrire vite un neuroleptique.
Devant l'aspect confusionnel et l'introduction récente du dérivé morphinique, l'équipe médicale prendra la décision de faire une fenêtre thérapeutique et évitera le recours aux neuroleptiques qui augmenteraient la confusion.
Des conseils pratiques sont donnés aux équipes, la réhydrater, rassurer la patiente, lui redonner des repères dans le temps et l'espace, laisser la lumière allumée et ne pas la contenir physiquement.
Elle retrouvera ses fonctions cognitives avec l'impression de sortir d'un long cauchemar.

CAS N° 2

Madame B. 92 ans, hospitalisée en long séjour depuis 6 ans pour une démence de type Alzheimer (MMS à 10/30). Elle est veuve depuis 20 ans sans enfant et n'a jamais travaillée. Un matin, l'aide soignante qui essaye de la faire manger et subitement frappée, l'assiette renversée, la patiente s'agite et crie.

L'équipe refuse de garder dans leur unité une patiente « dangereuse », et me somme de la transférer en psychiatrie.

A la lecture du dossier, je m'aperçois qu'elle fait des épisodes infectieux ORL à répétition suivi de périodes d'agitation, et, de plus, depuis 3 jours elle mangeait mal, vomissait et présentait un petit fébricule.

A l'entretien en m'adressant calmement à la patiente, l'agressivité tombée, elle me fait comprendre qu'elle a mal à la gorge. Un examen ORL d'urgence est demandé qui révèlera la présence de petits os figés au travers de la gorge surinfectée présents depuis probablement plusieurs semaines.

La patiente n'a pas été transférée et l'accès de « folie » a été traité par des antibiotiques…

CAS N° 3

Monsieur T., 75 ans, ancien maçon célibataire sans famille est hospitalisé en moyen séjour pour rééducation d'une hémiplégie gauche post-AVC son MMS est 20/30 et il ne présente pas de signe de dépression à l'entrée. Il menace de se jeter par la fenêtre s'il n'arrive plus à remarcher.

Après un long entretien le patient finit par dire qu'il voulait être sûr qu'il comptait au moins pour quelqu'un et qu'il avait surtout besoin d'être écouté et de partager ses difficultés liées à son hémiplégie. Une prescription d'anti-dépresseur et une psychothérapie de soutien eurent raison de son appel au secours.

Comment en parler aux équipes

Sur le moment :

- La première règle est de ne pas différer l'urgence ressentie par les soignants
- Etre soi même, calme, rassurant, s'avoir évaluer l'urgence au travers de l'angoisse exprimée par les soignants.
- Voir le patient dans un lieu calme si possible hors du regard des autres patients.
- Prendre connaissance des transmissions infirmières et du dossier médical
- Savoir résister à une demande de prescription sédative d'urgence tant qu'une cause organique curable pouvant expliquer les troubles n'a pas été retrouvée.
- Expliquer le diagnostic probable retenu et les prescriptions qui en découlent

A distance :

- revoir le patient pour réévaluer si besoin le traitement
- réaborder les cas difficiles lors des tables rondes pluri-disciplinaires :
  - l'équipe peut alors exprimer ses craintes, son ressenti, prendre du recul et réfléchir autour de sa pratique. Le psychologue ou le psychiatre présent peuvent aider à mettre en perspective nos mécanismes de défense comme l'identification projective, nos émotions allant de l'agacement à la tendresse, nos limites comme la saturation, nos carences comme l'insuffisance de formation.
  - Grâce à la remise en cause de nos gestes de nos conduites, en acceptant quelques réajustements organisationnels en sachant passer le relais être solidaire au sein d'une même équipe, beaucoup de situation explosives pourraient être désamorcées.
- le malade âgé vivant en institution est en situation de régression amoindri par son âge, sa dépendance physique ou psychique. Il déclenche en nous des réactions contraphobiques de savoir ou de pouvoir supposer, pauvres défenses face à notre vulnérabilité et nos angoisses archaïques de mort.

Aider les soignants à prendre conscience de cette boucle infernale à l'occasion des groupes de paroles et des actions de formations ciblées permet de trouver la bonne distance et de rester soignant.

Former les personnels soignants

Il n'y a pas d'amélioration de la qualité des soins sans formation régulière.
Le milieu hospitalier gériatrique voit affluer de plus en plus de patients dépendants, polypathologiques et déments, alors que les effectifs diminuent.
Une meilleure connaissance des maladies du grand âge et de l'approche relationnelle est indispensable.
A Centre Hospitalier Emile Roux nous avons développé des plans de formations animés par du personnel ressource (Infirmières, psychologues, médecins, portant sur des thèmes ciblés : soins palliatifs, prise en charge de la douleur, prise en charge du patient dément difficile, prescription des psychotropes en gériatrie).

CONCLUSION

Les troubles psycho-comportementaux du sujet âgé en institution ne sont pas tous en rapport avec une démence. Il faut à chaque fois en faire l'analyse en équipe pluridisciplinaire afin d'identifier l'origine de ces troubles et poser des actions de soins précises et adaptées. Enfin des actions de formations des personnels soignants sont à développer pour aider à une meilleure qualité de soin même dans les cas les plus difficiles.

BIBLIOGRAPHIE

A. MAURANGES. Stress, souffrance, violence en milieu hospitalier. MNH 2001

M. MICAS. Troubles du comportement en institution. In. Psychiatrie du sujet âgé. JM. LEGER, JP. CLEMENT, J WERTHEIMER. Médecine science Flammarion. 292-305. 1999

O. RENAUD. Les troubles du comportement In Les soins aux personnes âgées J. BELMIN, F AMALBERTI. Abrégé professionnel de l'infirmière.204-215. MASSON 1997

LES MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE : CURATELLE, TUTELLE

Mme OZIMEK,
Mme le Dr E. VANNELLE,
M le Dr O. LEHEMBRE

Il faut rappeler le texte de la Loi de 1968 sur les mesures de protection des biens pour comprendre l'esprit de la Loi.

Ce texte de loi fixe des repères fondamentaux sur les principes de la protection des biens de la personne ; ce texte apparaît cependant très court et, au delà des principes, il laisse en fait beaucoup d'ouvertures et de souplesses pour l'application des mesures qui concernent les biens de la personne, de fait aussi ses conditions de vie, et le respect de la personne pour elle-même à travers ses biens et sa situation.

La mesure de tutelle vise, au vu de l'incapacité de la personne dans tous les actes de la vie civile, à la représenter, et se substituer à elle pour assurer les conditions de vie , les décisions la concernant , et la gestion de ses biens .
Les majeurs protégés par une mesure de tutelle ont pourtant un droit à la parole , un droit à être entendus ; l'assistance à la personne doit être adaptée à son état de santé , à sa situation, et impose une relation avec la personne.

Dans la curatelle il s'agit d'une assistance à la personne pour la gestion de ses biens, et les situations les plus variées imposent en effet des mesures très différenciées ; c'est bien la qualité de cette Loi de le permettre, car les mesures d'assistance peuvent être en effet appliquées « à la carte ».

Une mesure de protection des biens représente un service apporté à la personne et c'est, en tant que médecin, ce dont nous sommes témoin, et ce à quoi nous devons participer, voire en être le premier acteur.

Le médecin est clairement dans une fonction soignante, il lui revient cependant de signaler une situation de

risque pour les biens de la personne, pour la situation de la personne, et ceci est loin d'être facile dans des situations de danger pour la personne, dans des situations familiales conflictuelles.

Quels sont nos registres d'interventions ? Soignant, assistance à la personne, protection des biens, expert, …. Ce sont des changements fondamentaux dans la relation avec nos patients et ceci nous met en relation avec des intervenants qui ont des logiques différentes : le conjoint, les enfants, la famille proche ou éloignée, les travailleurs sociaux, les juges, les gérants de tutelle ….

Ceci relève d'un travail en réseau où chacun doit prendre sa place et définir son rôle ; le médecin ne peut alors se cantonner à un rôle de prescripteur.

Nous préciserons le cadre de la Loi, ces changements dans nos relations avec les patients, avec les tiers ; une meilleure connaissance de ce cadre juridique mais surtout de ce réseau de professionnels et de cet environnement autour du patient, doit nous permettre d'être davantage dans nos compétences.

Madame OZIMEK, responsable d'une association tutélaire, viendra nous éclairer sur ce qui se met en place autour de la personne, pour la protéger, pour l'assister, la représenter.

Le cadre de l'atelier doit permettre des échanges et des présentations de situations cliniques.

MALNUTRITION OU DENUTRITION DE LA PERSONNE AGEE

Pr GLANTENET – Dr GIRES

Les enquêtes épidémiologiques ont montré une grande fréquence de déficits nutritionnels chez les personnes âgées : déficit énergétique, en protéines, calcium, vitamines. La prévalence serait de 3% après 65 ans et sûrement beaucoup plus après 80 ans. Il existe une zone d'ombre en soins ambulatoires à explorer.

Le médecin généraliste est en première ligne, et il se doit de se poser les questions suivantes : y a t il malnutrition, quel est son type (exogène, endogène ?) quelle en est l'intensité.

La répercussion d'une malnutrition et à fortiori d'une dénutrition ont une influence sur la fonction immunitaire, la fonction digestive, une baisse de l'albuminémie, une carence vitaminique. La morbidité infectieuse est accrue, l'épuisement des réserves s'installe, ainsi qu'une perte d'autonomie, avec souvent l'apparition de troubles psychiques.

Le risque de sous alimentation doit être réévalué régulièrement. Le profil nutritionnel s'établira avec l'étude de l'anamnèse : changement de poids, les données anthropométriques (taille, poids, épaisseur du pli de la peau, l'IMC) Les données de laboratoire compléteront le bilan : albuminémie, pré albumine, excrétion azoté. Le praticien s'appuiera sur l'utilisation d'échelles validées utilisables en médecine générale comme le M.NA. (mini nutriotional assessment)

Le but doit être d'avoir une alimentation variée, comportant un apport liquidien suffisant, un apport calorique de 1800 à 2000 Kcal, dont 12% de protéines, 33% de lipides et 55 %de glucides.
En matière d'alimentation les mesures appropriées doivent être prises à temps.

L'ANNONCE DU CANCER, ETUDE QUALITATIVE

DU VECU DES PATIENTS, LA RELATION MEDECIN MALADE EN SITUATION DIFFICILE

Dr Stéphane CATTAN,
Dr GENEVIEVE HECQUET,
Dr JACQUES LAMBILLIOTTE

Tout praticien ayant une activité clinique sera amené à annoncer un diagnostic de cancer. Il sait qu'il s'exposera alors à une situation qui mettra à l'épreuve sa compétence de professionnel mais aussi d'être humain. L'annonce d'un diagnostic de cancer marque pour le patient l'entrée dans une maladie qui va bouleverser le cours de son existence. Elle représente pour le praticien un acte médical difficile et pénible. La dimension psychologique de la prise en charge des patients atteints d'un cancer est une priorité que nos pratiques intègrent chaque jour davantage. Ceci nous conduit à nous interroger sur le vécu et les attentes des patients lors du processus d'annonce diagnostique.

Notre expérience personnelle des ateliers de formation à la relation médecin-malade nous conduit à décrire 2 obstacles que le praticien soucieux d'optimiser sa pratique dans ce domaine pourrait rencontrer.

Le premier obstacle est la méconnaissance de ce que vit effectivement le patient. Au moment de l'annonce, le choc éprouvé par le patient peut lui interdire l'expression directe de son vécu. Par la suite, il est rare que le patient livre son ressenti de l'annonce diagnostique au praticien qui en était l'auteur. Ainsi le praticien cherchant à savoir s'il a « bien fait » lors de ce processus se trouve souvent réduit à décoder ce qui, dans le comportement du patient, lui paraît implicitement traduire une émotion ou une réaction à l'annonce. Il ignore trop souvent – le lui a-t-on appris ? – comment et pourquoi inviter le patient à dire ce qu'il vit. Comment, dans ces conditions autorisant toutes les interprétations, discerner ce qui relève d'une réaction « normale » au contenu de l'annonce de ce qui est une réponse aux circonstances perfectibles de l'entretien ?

Le second obstacle est la difficulté pour le praticien de percevoir les mécanismes qui déterminent à la fois sa manière d'annoncer le diagnostic et les circonstances qu'il choisit pour l'entretien. Certaines de ces raisons sont conscientes, d'autres ne le sont pas. Curieusement, alors que le patient est un acteur à part entière de ce « colloque singulier », et à ce titre un témoin privilégié de ce qu'exprime le praticien, nous ignorons la signification qu'il attribue à l'attitude de ce dernier au cours de cette relation si particulière.

Nous pensons qu'une meilleure connaissance de l'expérience du patient est à la fois un préambule utile et légitime à une réflexion sur nos pratiques professionnelles et un moyen permettant d'appréhender sous un angle nouveau ce qui les détermine.

DEPISTAGES DES CANCERS EN MEDECINE GENERALE QUI FAIT QUOI ?

Dr François GUILLEMOT
Service de Gastro-entérologie, CH Victor Provo. Roubaix

Le cancer colo-rectal justifie une politique de dépistage : il est grave avec guérison seulement une fois sur deux, il est fréquent –33 500 nouveaux cas en 1995 -. La précocité du diagnostic peut permettre sa guérison. Le dépistage de masse du cancer colo-rectal par recherche d'un saignement occulte est une stratégie validée par plusieurs études cas-témoins. En France, les études ont porté ont porté chez des patients des deux sexes, de 45 à 74 ans, avec test Hémoccult non réhydraté pratiqué tous les deux ans, avec la participation active des médecins traitants. Avec une participation moyenne de 37 % aux cinq campagnes, mais 68% pour un seul test, la valeur prédictive de cancer était de 10 %, et la diminution de mortalité était de 14 % avec un recul de 9 ans (Faivre J). La

réalisation de l'Hemoccult tous les deux ans permet de réduire la mortalité, rendant le dépistage indispensable. Quelles en sont les conditions ? 1. la participation de la population à ce dépistage doit être élevée : si la participation était de 100 %, la baisse théorique de la mortalité par cancer colo-rectal serait de 40 % … Pour obtenir une réduction de 20 %, il faut qu'au moins la moitié de la population participe au dépistage. 2. La lecture du test Hemoccult, seul test validé, doit être centralisée avec unité de lecture de référence. 3. Le test doit être remis par les médecins traitants ou les médecins du travail, après explications. Il est démontré que l'information postale ou l'envoi isolé des tests aux patients ne sont pas efficaces, en dehors des patients ne consultant pas. 4. Le programme de dépistage exige une organisation rigoureuse, des moyens suffisants, une évaluation permanente, en particulier des effets éventuellement délétères liés aux examens mis en œuvre pour le dépistage –accidents pendant la coloscopie - et une filière fiable de prise en charge des cancers ainsi dépistés. L'organisation du programme de dépistage doit répondre à plusieurs impératifs : dépistage par test Hémoccult biennal des individus de 50 à 74 ans, excluant les patients présentant des facteurs de risque élevés justifiant un suivi endoscopique spécifique, sensibilisation et formation spécifique des médecins généralistes. Le test Hemoccult est initialement remis par les médecins, avec éventuelle relance par la structure de gestion du programme de dépistage qui s'assurera également que les patients ayant un Hemoccult positif ont eu une coloscopie de dépistage, et que son résultat a été transmis. Ainsi, un test simple permettrait, si la volonté politique se confirmait, de diminuer significativement la mortalité par cancer colo-rectal. D'autres tests, immunologiques ou génétiques en particulier, sont à l'étude pour rendre le dépistage plus efficace.

L'EDUCATION THERAPEUTIQUE : LA RENCONTRE DU DIAGNOSTIC EDUCATIF

Docteur Daniel LEONARD
MCA de médecine générale

L'éducation thérapeutique du patient *est un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, information, apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernés, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de sa vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer optimalement sa vie avec sa maladie (1).*

Ce processus éducatif s'inscrit donc dans une logique d'apprentissage faisant acquérir au patient des compétences, plus que dans une logique d'enseignement lui faisant acquérir des connaissances. L'approche globale (2) du patient (un des fondements de la discipline médecine générale (3)) est ici fondamentale.

Le diagnostic éducatif fait ressortir les composantes pédagogiques, biomédicales, psychologiques, sociales et environnementales des besoins du patient. Qui est-il ? Qu'est ce qu'il a ? Que sait-il sur sa maladie ? Comment se la représente-t-il (4) ? Que fait-il ? Quel est son environnement socioprofessionnel et familial ? Quel est son projet ? Ce questionnement permet d'identifier les besoins du patient et ses potentialités pour répondre à ces besoins. On peut dès lors, formuler des objectifs en rapport avec les impératifs du médecin mais surtout en adéquation avec les besoins et les possibilités du patient. Dans sa maladie de longue

durée, la norme est souvent fixée par le patient et fait toujours l'objet d'une négociation dont l'aboutissement est un contrat avec le patient, qui ménage les impératifs du soignant comme les possibilités du malade.
Ce contrat, constamment réexaminé dans le temps, est donc indissociable du diagnostic éducatif réévalué régulièrement.

Quelques exemples nous permettront de mieux comprendre les problématiques de ce diagnostic éducatif réalisé en soins primaires (5).

Méthode pédagogique : cas mosaïque

1 – définition du groupe d'experts de l'OMS en 1988 citée par Deccache A. séminaire européen de Paris, 14 & 15 Juillet 1999.
2 – Bury J Education pour la santé – concepts, enjeux, planification. Bruxelles, De Boeck-université, Coll. « Savoirs et Santé », 1988.
3 – Pouchain D Attali C. Butler J. et Al. Médecine Générale – Concepts et pratiques. Masson Paris 1996.
4 – Lacroix A. Aprroche psychologique de l'éducation du patient. Bulletin d'éducation du patient, 1996 : 15 : 78-86.
5 – Jean François d'Ivernois, Rémi Gagnaryre. Apprendre à éduquer le patient. Education du patient : Vigot Paris 1995.

TROUBLES DE LA STATIQUE PLANTAIRE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Pr Bernard HERBAUX
Hôpital Jeanne de Flandre – Lille

TOUT TROUBLE de la **MARCHE** n'est pas du à un pied plat, et il faut éliminer avant tout un genu valgum, un genu varum, une rotation interne des pieds par défaut de torsion tibiale externe ou d'un excès d'antétorsion des cols fémoraux.

Il faut néanmoins **SE MEFIER** d'un **PIED DOULOUREUX** de l'enfant qui peut correspondre :
- soit à une ostéodystrophie de l'astragale, du calcanéum ou de scaphoide
- soit d'une talalgie + osteocondensation du noyau de la grosse tubérosié du calcanum,
- ou d'une ostéonécrose aseptique de la tête du deuxième étatarsien.

Il ne faut pas **CONFONDRE PIED PLAT** et **PIED GRAS.**

L'EXAMEN CLINIQUE DU PIED

RAPPEL DE TERMINOLOGIE

- talus : flexion dorsale du pied
- equin : flexion plantaire du pied
- supination : rotation interne du pied autour de son axe longitudinal, la plante du pied regarde en dedans.
- Pronotion : mouvement inverse de la supination, la plante du pied regarde en dehors.
- Adduction : rotation interne du pied autour d'un axe vertical, la pointe du pied est tourné en dedans.
- Abduction : mouvement inverse, la pointe du pied regarde en dehors.
- Varus : supination + adduction
- Valgus : pronation + abduction.

EXAMEN CLINIQUE
L'examen clinique appréciera :
- l'attitude spontanée du pied et la mobilité du pied,
- les mobilités passives avec la dorsiflexion du pied et la flexion plantaire,
- la rectitude du bord externe du pied en vue plantaire qui est normalement rectiligne .

Trois signes caractérisent le pied plat valgus statique ou pied plat essentiel (PPE) et doivent être recherchés systématiquement :
- le signe de la correction du valgus calcanéen par la mise en charge sur la pointe des pieds.
- Le signe du gros orteils : l'hyperextention du gros orteil corrige le valgus calcanéen et dessine à nouveau une voûte plantaire normale
- La rotation du squelette jambier en dehors, tout en maintenant l'avant pied au contact du podoscope,

permet le creusement de l'arche interne et la correction du valgus calcanéen.

A l'examen podoscopique, on parle de pied plat lorsque l'isthme est supérieur 1/3 de la largeur du talon.

L'enfant sera examiné déshabillé et chaussé, puis déchaussé, la marche puis en décharge. Il est important de préciser si les parents sont porteurs d'un pied plat.

Le PEE est asymptomatique et c'est le plus souvent la mère inquiète de la déformation qui consulte. Le PEE est non douloureux, mais peut être responsable d'une fatigabilité à la marche, d'une démarche disgracieuse, d'une usure anormale des chaussures qui seront systématiquement examinées au niveau de la semelle.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- le coussin adipeux plantaire du tout petit simule jusqu'à 2 voire 3 ans un pied plat,
- le pied creux valgus que l'on peut démasquer en corrigeant le valgus de l'arrière pied,
- le pied convexe congénital qui peut simuler un pied plat, l'équin de l'astragale et la luxation supérieure du scaphoïde tarsien à la radiographie feront le diagnostic,
- les pieds plats neurologiques de l'infirmité motrice cérébrale, de la poliomyélite antérieure aiguë, du myéloméningocèle,
- les pieds plats hypotoniques des maladies du tissu conjonctif (Marfan, Ehler-Danlos…)
- le pied plat contracturé de l'adolescent pour lequel on retrouvera une synostose dans 50% des cas (3/4 des cas calcanéo-scaphoïdienne, ¼ des cas calcanéo-astragalienne).

LE TRAITEMENT

La première année, le pied va subir son maximum de croissance annuelle. Durant cette période les déformations vont se démasquer. Le pied plat est physiologique jusqu'à 6 ans.

Il n'y aura donc pas d'indication de traitement orthétique avant cet âge et une surveillance régulière tous les six mois est suffisante.

Il faudra durant cette période conseiller l'utilisation de bonnes chaussures avec contreforts postérieurs et latéraux rigides et avant pied souple, des exercices de marche sur la pointe des pieds et dans le sable pieds nus, la pratique du vélo.

A l'âge de six ans, en cas de déformation persistante, ou une symptomatologie de fatigabilité à la marche ou au sport, la prescription d'une orthèse plantaire associée à une prise en charge kinésithérapique proprioceptive peuvent être indiquées. Semelles et chaussures pour le pied plat font toujours l'objet de la même polémique. Podologues et chirurgiens se sont toujours mal entendus sur ce sujet. Cela tient surtout à la difficulté d'objectivation des résultats. Les chirurgiens connaissent en effet le caractère fugace du pied plat valgus banal.

Y a-t-il une place pour le traitement chirurgical dans la prise en charge du PEE ? Après l'âge de 8 à 10 ans et après un traitement médical bien conduit, si le PPE reste symptomatique et en l'absence d'amélioration de l'aspect statique du pied, des gestes chirurgicaux peuvent être proposés (arthrorize de GRICE ou intervention du Cavalier).

La place de la kinésithérapie est limitée dans la prise en charge du pied plat essentiel. La kinésithérapie est exceptionnelle chez l'enfant. Avant 7 ans, il est difficile de demander une attention soutenue ce qui fait qu'il n'y a que 5 minutes de travail effectif par séance. La pratique d'un sport (Judo, Athlétisme, course) semble aussi indiquée que la kinésithérapie.

L'ETIOLOGIE DES MALFORMATIONS DES PIEDS

Les pieds en dedans :

- *avant pied* :
  - métatarsus varus
  - adduction de l'avant pied
  - pied bot varus équin
- *pied entier en dedans* :

- correspond à une arcuature banale des 2 membres inférieurs
- une dérotation externe insuffisante tibiale : régression en 1 à 3 ans

- *membre inférieur tout entier en dedans*
  - hyperantétorsion des cols fémoraux : - isolée, - vestige d'une luxation congénitale de hanche, - témoin d'une dysplasie de hanche

- les pieds en dehors :
  - démarche chaplinesque
  - dérotation externe du squelette jambier
  - chez l'adolescent : rotation externe par épiphysiolyse

CAS CLINIQUE DE DIETETIQUE EN PEDIATRIE : ALIMENTATION DU NOUVEAU-NE, DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Pr Dominique TURCK
Unité de Gastro-entérologie, Hépatologie et Nutrition, Clinique de Pédiatrie, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille

I. L'ALLAITEMENT MATERNEL

" Le meilleur lait pour le nourrisson est celui de sa mère".

1. La situation actuelle

L'allaitement maternel possède de multiples avantages: il favorise les interactions mère-enfant; le lait maternel procure une ration équilibrée, qui sert de modèle nutritionnel; il assure une protection contre les risques infectieux et allergiques; il est adapté aux besoins physiologiques de l'enfant.
En dépit de ces avantages, l'allaitement maternel est devenu progressivement un mode d'alimentation confidentiel en France: 52% des mères allaitaient leur enfant en 2001 au sortir de la maternité (45% dans le Nord et moins de 30% dans le Pas de Calais), alors que près de 75% d'entre elles souhaitaient initialement allaiter leur enfant. L'allaitement est le plus souvent très court: sa durée médiane a été estimée à 10 semaines environ.

2. Les avantages de l'allaitement maternel

Le lait de femme est un véritable produit biologique contenant des enzymes, des hormones et peptides trophiques, des facteurs de croissance, des nucléotides, des polyamines, des immunoglobulines...
La fréquence des infections bactériennes et virales est beaucoup plus faible chez les enfants nourris au sein que chez ceux recevant un substitut du lait maternel.
L'allaitement maternel ne protège pas complètement contre l'apparition de manifestations allergiques chez les enfants à risque, c'est à dire ceux ayant un parent du 1er degré (père, mère, frère ou soeur) atopique; il est néanmoins tout aussi efficace que les laits à charge antigénique réduite ("hypoallergéniques"). L'allaitement maternel doit être recommandé en première intention, avant l'utilisation d'un lait hypoallergénique chez un enfant à risque : son effet protecteur sur l'apparition de manifestations allergiques s'exerce sous réserve qu'il soit prolongé, au moins 4 mois et idéalement 6 mois et exclusif, c'est à dire associé à une diversification alimentaire tardive.
La composition du lait de femme varie en fonction du nycthémère, du moment de la tétée, de l'âge de l'enfant et de son terme.

3. Les supplémentations et les précautions en cas d'allaitement maternel

Chez la femme infectée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) vivant dans un pays industrialisé, l'allaitement maternel est contre-indiqué en raison du risque de contamination de l'enfant. La contamination par le virus de l'hépatite B, sous réserve d'une vaccination et d'une séro-prophylaxie réalisées chez le nouveau-né dès les premières heures de vie, ou par le virus de l'hépatite C ne

contre-indique pas l'allaitement maternel. Les contre-indications de l'allaitement sont en pratique exceptionnelles : maladie cardio-vasculaire ou respiratoire sévère, hémopathie ou cancer en cours de traitement chez la mère, galactosémie chez l'enfant. Malgré le passage quasi-constant des médicaments consommés par la mère dans le lait, très peu d'entre eux sont incompatibles avec la poursuite de l'allaitement : antimitotiques, immunosuppresseurs, dérivés de l'ergotamine, iode radio-actif, lithium, amphétamines, antithyroïdiens de synthèse, auxquels il faut ajouter les drogues hallucinogènes.
La poursuite de l'allaitement maternel exclusif après l'âge de 6 mois justifie une supplémentation en fer chez le nourrisson, assurée par une diversification alimentaire adéquate. Le lait de femme contient de faibles quantités de vitamine D en Europe Centrale et de l'Ouest ; une supplémentation est donc nécessaire dès la période néo-natale, de l'ordre de 1000 UI/jour. Le lait de femme contient moins de vitamine K1 que le lait de vache. Une supplémentation orale hebdomadaire de 2 à 5 mg de vitamine K1 est nécessaire tant que l'allaitement au sein est exclusif.

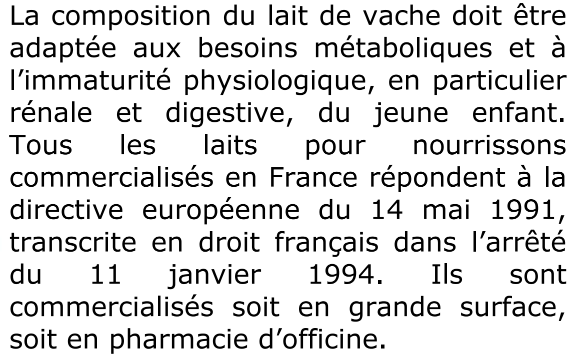
4. Conclusion

La situation de marasme de l'allaitement maternel dans notre pays n'est pas irréversible, comme en témoigne le succès des campagnes de promotion de l'allaitement organisées dans les pays scandinaves dans les années 1970-1980. La principale action de promotion est l'information des femmes, qui doit avoir lieu idéalement avant et pendant la grossesse, et concerne également le conjoint. L'information sur les bénéfices et la supériorité de l'allaitement maternel concerne tous les professionnels de santé ; le choix de l'allaitement maternel est quant à lui du domaine de la mère. La promotion de l'allaitement maternel doit s'inscrire dans une politique générale de santé publique à l'échelon de notre pays. On peut sentir depuis quelques années un frémissement en faveur de l'allaitement maternel, mais il y a encore beaucoup de travail à faire pour que toutes les femmes qui souhaitent allaiter leur enfant puissent réellement débuter ce projet.



II. LES LAITS ARTIFICIELS

Le lait de vache n'est pas adapté à l'alimentation du jeune nourrisson, en particulier en raison de son contenu trop riche en protéines et en sodium, et trop faible en acides gras essentiels, en fer et en vitamines. Son utilisation « brute » doit donc être formellement proscrite chez le nourrisson de moins d'un an.
La composition du lait de vache doit être adaptée aux besoins métaboliques et à l'immaturité physiologique, en particulier rénale et digestive, du jeune enfant. Tous les laits pour nourrissons commercialisés en France répondent à la directive européenne du 14 mai 1991, transcrite en droit français dans l'arrêté du 11 janvier 1994. Ils sont commercialisés soit en grande surface, soit en pharmacie d'officine.



On distingue ainsi les préparations pour nourrissons (ex-laits « 1er âge »), destinées à assurer à eux seuls la croissance de l'enfant normale de la naissance à 4-6 mois, jusqu'au début de la diversification alimentaire, et les préparations de suite (ex-laits « 2ème âge »), destinées à assurer la croissance de l'enfant normal de 4-6 mois jusqu'à l'âge d'un an, en complément d'une diversification alimentaire équilibrée. Tous ces laits sont reconstitués à raison d'une mesure de poudre arasée pour 30 ml d'eau faiblement minéralisée. De l'âge de 2 semaines à 4 mois, la quantité moyenne de lait à proposer à l'enfant (en millilitres) peut être estimée par une des 2 formules suivantes : 1) règle d'Apert : poids (grammes)/10 + 200; 2): règle de Lestradet: poids (grammes)/10 + 250 ± 100.
L'intérêt principal des préparations de suite est leur enrichissement en fer. Pour éviter la carence en fer, qui constitue la principale carence nutritionnelle chez le nourrisson dans notre pays, on recommande la consommation quotidienne de 500 à 600 mL. La carence en fer favorise en effet l'apparition d'infections, en particulier ORL, et elle est associée, en cas d'anémie ferriprive, à des performances moindres lors des tests de développement psycho-moteur.
Depuis quelques années, des laits artificiels enrichis en prébiotiques et en probiotiques ont été commercialisés, et ont fait l'objet de campagnes de marketing particulièrement actives.

Un prébiotique est un ingrédient non digestible qui induit un effet physiologique bénéfique pour l'hôte en stimulant de façon spécifique la croissance et/ou l'activité d'un nombre limité de populations bactériennes déjà établies dans le côlon. L'intérêt éventuel d'une modification de la flore intestinale de jeunes nourrissons sains, indemnes de toute pathologie et de tout facteur de risque identifié de pathologie, est discuté. Le principe de cette modification repose sur la composition bactérienne de la flore des nourrissons au sein, contenant des bifidobactéries et des lactobacilles, et considérée *a priori* comme idéale.

Les oligofructosyl-saccharoses [(ou oligofructoses ou fructo-oligosaccharides (FOS)] et les oligogalactosyl-lactoses [ou oligogalactoses ou galacto-oligosaccharides (GOS)] sont utilisés dans les préparations pour nourrissons. L'oligofructose est produit à partir de la chicorée et contient une molécule de saccharose à laquelle de une à plus de 60 molécules de fructose sont rattachées. L'oligofructose est retrouvé à l'état naturel dans certains aliments (chicorée, oignon, artichaut, asperge, et banane). L'oligogalactose est produit à partir du lactose avec l'aide d'une β-galactosidase bactérienne, contient une molécule de glucose et le plus souvent de 1 à 7 molécules de galactose. L'oligogalactose est retrouvé à l'état de traces dans le lait de femme. A l'heure actuelle, les études réalisées en diététique infantile concernent exclusivement les FOS, les GOS, et surtout les mélanges FOS-GOS.

L'adjonction d'un mélange de FOS-GOS dans une proportion de 10%-90% s'accompagne d'une augmentation significative de la population de bifidobactéries dans la flore fécale des nourrissons ainsi supplémentés. Le bénéfice clinique éventuel de cet effet bifidogène est pour le moment spéculatif. Chez des nourrissons nés à terme, la fréquence des selles était augmentée et leur consistance améliorée lors de l'ingestion d'une préparation contenant un mélange de FOS (10%) et de GOS (90%), en comparaison à une préparation classique. Les effets éventuels des prébiotiques sur le système immunitaire du jeune enfant sont mal connus. Des enfants de 1 an ont reçu une préparation contenant ou non des FOS pendant 6 mois. Les enfants ayant reçu le prébiotique ont présenté moins fréquemment des symptômes de fièvre et d'épisodes de rhinorrhée ; ils ont reçu moins d'antibiotiques et ont été moins absents de la crèche pour maladie.

Les probiotiques sont des micro-organismes vivants au moment de leur ingestion et exerçant un effet bénéfique pour la santé de l'hôte. Une étude a montré qu'un probiotique, *Bifidobacterium lactis* Bb12 (10^8 UFC/g), ajouté à une préparation lactée classique diminuait le pourcentage d'enfants ayant des selles dures et augmentait celui des enfants ayant des selles molles. Une étude récente a indiqué que l'administration de L*actobacillus.* GG pendant 7 mois s'est accompagnée d'une diminution du nombre d'enfants souffrant d'infections respiratoires et de l'utilisation d'antibiotiques chez des enfants finlandais de 1 à 6 ans ; au total les enfants ayant reçu ce probiotique avaient été moins absents de la garderie pour des raisons de maladies.

Plusieurs études épidémiologiques ont montré que la survenue d'infection chez les jeunes enfants était susceptible de diminuer le risque de développement ultérieur de phénomènes atopiques. Parallèlement, la comparaison de la prévalence des allergies en Estonie et en Suède suggère que la dominance de bactéries acido-lactiques dans la flore intestinale des enfants pourrait protéger contre le développement de l'allergie. Une réduction des symptômes d'eczéma atopique a été montrée après l'administration de certains probiotiques (*Lactobacillus rhamnosus* GG et *Bifidobacterium lactis* BB-12) chez l'enfant à risque. Le risque d'eczéma atopique semble être diminué par l'ingestion de certains probiotiques (*Lactobacillus rhamnosus* GG) par la mère avant l'accouchement et pendant la lactation. Ces effets n'ont cependant été rapportés que par une seule équipe et nécessitent confirmation par d'autres équipes dans d'autres pays.

Certaines souches de *Lactobacillus* réduisent la durée et améliorent les symptômes des diarrhées infectieuses chez l'enfant. L'effet est modéré mais significatif, et semble plus marqué lors des diarrhées à *Rotavirus*. Il faut toutefois noter que ces probiotiques ont été administrés indépendamment de l'alimentation dans la majorité des études. Certains probiotiques

(*Bifidobacterium lactis* Bb-12) ont un effet préventif sur l'apparition de diarrhées. Les études sont peu nombreuses, et limitées à des populations de nourrissons vivants en centre de moyen ou long séjour.

Dans l'état actuel des connaissances, les préparations contenant des probiotiques, des prébiotiques ou des symbiotiques (mélange de pré- et probiotiques) sont à éviter chez les enfants ayant un déficit immunitaire congénital ou acquis (traitement par immunosuppresseurs, corticothérapie,…). Le risque d'infection lié à l'utilisation de probiotiques, de prébiotiques ou de symbiotiques chez les nouveau-nés prématurés étant inconnu, des études spécifiques doivent être réalisées chez ces enfants avant de les utiliser éventuellement.

L'adjonction de prébiotiques ou de probiotiques dans les préparations lactées est intéressante, dans le concept général du souhait des industriels de faire ressembler la composition des laits artificiels à celle du lait de femme, ou, de façon plus appropriée, de reproduire chez le nourrisson recevant une préparation lactée les effets biologiques induits par l'allaitement maternel. Il reste néanmoins à préciser les éventuels effets bénéfiques de telles modifications de la flore et de nombreux travaux sont encore nécessaires avant que ceci ne puisse être établi avec certitude.

III. LA DIVERSIFICATION ALIMENTAIRE

La diversification alimentaire, c'est à dire l'introduction d'aliment non lactés chez un nourrisson au sein ou au lait artificiel, correspond à une phase d'adaptation physiologique, psychologique et sensorielle à l'alimentation omnivore, autonome et variée.

D'une façon générale, la maturation des fonctions digestives se caractérise dans l'espèce humaine par sa précocité au cours de la vie intra-utérine. A la naissance, l'activité de l'alpha-amylase pancréatique est quasiment nulle et le reste jusqu'au 4ème - 6ème mois ; elle n'atteint les valeurs de l'adulte qu'à l'âge de 3 ans. Cependant, les capacités de digestion de l'amidon sont loin d'être négligeables chez le nouveau-né en raison de l'utilisation de voies accessoires comme l'amylase salivaire et la glucoamylase intestinale. La maturation fonctionnelle des disaccharidases se fait parallèlement à la mise en place de l'intestin grêle et de ses villosités, dès la 10ème-12ème semaine de vie foetale. Seules, la lactase et la glucoamylase sont d'apparition plus tardive, n'atteignant des valeurs proches de celles de l'adulte qu'après la 35ème semaine de grossesse. Sur le plan rénal, les faibles capacités d'élimination des déchets azotés pendant les premiers mois constituent à cet âge le principal facteur limitant de la ration alimentaire en protéines.

Pendant les premières semaines de la vie, les particularités de la motricité bucco-linguale du nourrisson justifient le maintien d'une alimentation lactée exclusive: le palais est mou, il existe un réflexe de succion-déglutition, apparu vers la 12ème-15ème semaine de grossesse, et parallèlement un réflexe d'extrusion qui se manifeste par le rejet par la langue des aliments solides ou de consistance molle ou pâteuse.

La diversification précoce, avant l'âge de 4 mois, expose le jeune nourrisson au risque d'apparition de carences liées à la croissance extrêmement rapide du nourrisson à cet âge et aux besoins spécifiques qu'elle entraîne : a) carence en calcium si l'apport de lait n'est pas au minimum de 500 à 700 millilitres/jour; b) carence en fer, si ce lait n'est pas enrichi en fer, car la diversification alimentaire, même raisonnablement conduite, ne peut en aucun cas assurer à elle seule les besoins en fer du nourrisson.

Recommandations pour la réalisation de la diversification alimentaire

Que l'enfant soit au sein ou reçoive une préparation pour nourrissons (lait "1er âge"), il n'y a aucun argument d'ordre nutritionnel pour donner au nourrisson autre chose que du lait pendant les 4 à 6 premiers mois de vie. Il est conseillé de différer l'introduction du gluten (blé, seigle, orge, avoine) après l'âge de 6 mois. L'introduction très précoce, dès les premières semaines de la vie, des jus de fruits n'est pas nécessaire chez l'enfant au sein ou recevant un aliment lacté diététique, systématiquement enrichi en vitamines C. Une étude néo-zélandaise réalisée chez des enfants sans antécédents d'atopie a montré que l'introduction d'au moins 4 aliments

avant l'âge de 4 mois multipliait par 2,9 le risque d'apparition d'un eczéma.
Chez le nourrisson sans risque d'atopie, le schéma suivant de diversification est habituellement proposé dans notre pays : alimentation lactée exclusive pendant les 4 à 6 premiers mois de vie, en privilégiant si cela est souhaité par la mère l'allaitement au sein; introduction progressive des fruits et des légumes pendant le 1er mois de la diversification; introduction de la viande, du poisson et de l'oeuf après 6 mois révolus.
Chez les enfants à risque d'atopie (père, mère, frère ou soeur atopique), il est conseillé de retarder la diversification alimentaire au moins après 6 mois d'utilisation exclusive du lait maternel ou, à défaut, d'un lait "hypo-allergénique" si l'on veut prévenir pendant cette période l'apparition de symptômes d'atopie (eczéma, asthme, urticaire,...). On recommande de différer chez ces enfants l'introduction du poisson et de l'oeuf après l'âge d'un an, et de l'arachide, de la noix et de la noisette après l'âge de trois ans.

IV. LES LAITS «SPECIAUX »

A l'inverse des laits pour nourrissons « classiques » 1er et 2ème âge et des laits pour enfants en bas âge, les laits « spéciaux » ne sont disponibles qu'en pharmacie d'officine. Leur composition répond également à la directive européenne du 14 Mai 1991. Les laits spéciaux ne sont pas destinés à l'alimentation de l'enfant en 1ère intention, mais plutôt à des nourrissons qui ont des besoins nutritionnels spécifiques ou encore à risque élevé de pathologie ou en situation pathologique avérée. L'avantage de cette commercialisation en pharmacie d'officine, propre à la France au sein de l'Union Européenne, est de permettre l'intervention d'un professionnel de santé qui peut conseiller la mère et éviter ainsi le «nomadisme diététique» en grande surface, en l'absence de tout conseil médical ou para-médical.

1. Laits pour nouveau-nés de petit poids de naissance

Désignés par le préfixe Pré, ils se caractérisent par leur composition qui est adaptée aux besoins nutritionnels spécifiques des prématurés et des nouveau-nés atteints de retard de croissance intra-utérin : augmentation de la teneur globale en protéines ; optimisation de l'apport en lipides avec présence de triglycérides à chaîne moyenne permettant de compenser la mauvaise absorption des graisses ; supplémentation en acides gras essentiels (acide linoléique et alpha-linolénique) et en acides gras polyinsaturés à longue chaîne (acides eicosapentaénoïque et docosahexaénoïque) ; teneur réduite en lactose pour tenir compte des capacités limitées d'hydrolyse chez le prématuré par déficit en lactase ; enrichissement en fer, en vitamine E et augmentation du taux de phosphore. L'utilisation du lait de femme (lait de mère ou lait de lactarium) enrichi leur est souvent préférée dans les services de néonatologie ; ils sont surtout indiqués lors du retour à domicile, jusqu'à l'obtention d'un poids de 4 kg environ.

2. Laits à charge antigénique réduite ou «hypoallergéniques»

Le lait de vache contient des protéines qui peuvent être allergisantes chez l'enfant, en particulier l'alpha-lactalbumine, la sérum-albumine, la caséine et surtout la bétalactoglobuline, absente du lait de femme. Le risque d'allergie, estimé à 10-15 % dans la population générale, augmente considérablement si un membre de la famille est lui aussi allergique.
Le principe des laits hypoallergéniques (HA) est de tenter de réduire le risque d'apparition de manifestations atopiques pendant leur utilisation chez le nouveau-né à risque qui ne peut être allaité par sa mère, en diminuant l'allergénicité des protéines du lait de vache par hydrolyse thermique et/ou chimique. Plusieurs études ont effectivement montré que l'utilisation de ces laits HA diminuait la fréquence des symptômes d'allergie au même niveau que celui observé chez les nourrissons allaités par leur mère. Les laits hypoallergéniques peuvent donc être prescrits chez les nourrissons à risque élevé d'allergie (parent au 1er degré c'est à dire: père, mère, frère ou sœur ayant une manifestation allergique avérée). Pendant les 4 à 6 premiers mois de la vie, sous réserve d'une exclusion de l'alimentation de toute protéine allergisante et donc d'une diversification alimentaire effectuée après l'âge de 4 à 6 mois. Les laits HA n'ont qu'un intérêt préventif et ne sont pas destinés aux nourrissons ayant une allergie aux

protéines du lait de vache avérée.

3. Laits « anti-régurgitations»

La prise en charge des régurgitations doit être dominée par le sens de la mesure en raison de l'astreinte que représente le traitement médical, souvent prescrit pour plusieurs mois. Des laits pour nourrisson d'emblée épaissis par l'adjonction de farine de caroube ou d'amidon de riz, de maïs ou de pomme de terre sont disponibles.

L'étude réalisée avec le lait épaissi avec de la farine de caroube a montré une diminution significative des régurgitations et une diminution également significative de l'index de reflux au cours de la pH-métrie, mais sans normalisation complète. Il faut noter que des laits appelés «Confort», dont les allégations ne reprennent pas l'effet anti-régurgitations, mais qui sont néanmoins épaissis avec de l'amidon, mais pas de la farine de caroube, sont commercialisés en grande surface en raison d'une subtilité réglementaire.

4. Laits sans lactose

La dégradation du lactose dépend de l'action de la lactase, disaccharidase située sur la bordure en brosse des entérocytes matures, au sommet des villosités intestinales. Cette enzyme peut être déficiente après un épisode de gastroentérite infectieuse, en particulier à Rotavirus, au cours d'épidémies automno-hîvernales. Le lactose n'est alors plus métabolisé, reste dans la lumière intestinale, provoque un afflux d'eau et une pérennisation de la diarrhée.

L'intolérance au lactose est en fait assez rare; elle ne justifie absolument pas l'utilisation systématique de laits sans lactose chez tous les nourrissons atteints de diarrhée aiguë, en particulier s'ils sont eutrophiques et sans antécédent particulier. Leur utilisation est par contre justifiée chez les nourrissons de plus de 4 mois en cas de récidive ou de pérennisation de la diarrhée après la réintroduction du lait "normal" qu'avait l'enfant au moment de la diarrhée. On peut alors conseiller l'utilisation d'un lait sans lactose pendant 2 à 4 semaines, le temps nécessaire à la restauration de l'équipement en lactase de la bordure en brosse intestinale.

5. Hvdrolysats de protéines

L'objectif de ces laits est de donner aux nouveau-nés et aux nourrissons un aliment dépourvu de protéines allergisantes, à l'aide d'une hydrolyse thermique et chimique. Ces hydrolysats sont également dépourvus de lactose et, pour la majorité d'entre eux, contiennent des triglycérides à chaîne moyenne, d'absorption facilitée. Leur principale indication est l'allergie aux protéines du lait de vache, ainsi que la réalimentation des gastro-entérites aiguës avant l'âge de 4 mois, en raison du risque de sensibilisation secondaire aux protéines du lait de vache par augmentation de la perméabilité intestinale.

Nous disposons de beaucoup (trop ?) de laits spéciaux. Leur utilisation doit être limitée à des indications précises et non pas dès l'apparition du moindre trouble digestif chez le nourrisson. N'oublions pas que le meilleur lait « spécial » reste le lait de femme, dont il faut inlassablement encourager l'utilisation. Le lait de femme est adapté aux nouveau-nés de petit poids de naissance, sous réserve d'un enrichissement en protéines et en sels minéraux et il est également hypoallergénique, prébiotique, anti-régurgitations et sans protéines du lait de vache.

V. DIARRHEE AIGUE. Place de la réhydratation orale et des laits sans lactose

La déshydratation grave, qui constitue la principale complication de la diarrhée aiguë chez le nourrisson, demeure la première cause de décès potentiellement "évitable" dans les unités de réanimation pédiatrique.

La réhydratation orale, simple et peu onéreuse, restaure et maintient la balance hydro-électrolytique au cours des diarrhées aiguës. Elle est pourtant très insuffisamment prescrite et utilisée par les familles dans les pays industriels. Parallèlement à l'arrêt du lait du lait artificiel (mais pas de l'allaitement maternel), on propose la mise en route d'une réhydratation par voie orale. Celle-ci doit être exclusivement réalisée avec une solution disponible en officine, en proscrivant formellement l'utilisation de solutions "maison" reconstituées de façon "artisanale", *a fortiori* de sodas dont la composition électrolytique est

totalement inadaptée à la réhydratation d'un jeune nourrisson.
Toutes les solutions de réhydratation orale (SRO) sont reconstituées à raison d'un sachet pour 200 mL d'eau faiblement minéralisée, doivent être conservées au réfrigérateur et utilisées dans les 24 heures suivant la reconstitution. Les SRO sont remboursés par la Sécurité sociale depuis juin 2003 sur une base de 6,20 € pour une boîte de 10 sachets. Il faut débuter par petites quantités, si nécessaire à la cuiller, et proposer initialement des prises très fréquentes, toutes les 5 à 10 minutes voire moins si l'enfant a très soif.
L'existence de vomissements de faible intensité ne constitue pas une contre-indication à l'utilisation d'un SRO, sous réserve de leur disparition rapide après le début de la réhydratation orale. La quantité de SRO varie selon l'âge et le poids du nourrisson, et l'intensité de la déshydratation. En pratique, en l'absence de trouble de la conscience, l'enfant boit *ad libitum* jusqu'à correction totale de la déshydratation. Certains nourrissons peuvent ainsi boire une quantité de SRO de l'ordre de 200 à 300 mL/kg en une journée, voire même plus. On recommande la prise d'au moins 100 mL/kg pendant les 4 à 6 premières heures. En cas de refus du SRO ou de vomissements incoercibles ou encore d'exacerbation de la diarrhée, une hospitalisation est indispensable pour débuter une réhydratation intra-veineuse.
La question de la poursuite ou non de la réhydratation orale exclusive et donc de la réintroduction de l'alimentation lactée est ensuite posée. La réintroduction de l'alimentation du nourrisson après 4 heures de réhydratation orale exclusive est aussi efficace qu'après 24 heures de réhydratation orale exclusive, avec un meilleur gain pondéral et sans que le taux de complications, en particulier la pérennisation de la diarrhée, soit plus élevé. Pendant de nombreuses années, la crainte d'une intolérance au lactose après une diarrhée aiguë chez le nourrisson a conduit de nombreux médecins à recommander de façon quasi-systématique l'exclusion prolongée du lait pendant 24 à 48 heures et l'utilisation exclusive d'un SRO pendant la même période, suivies de la réalimentation du nourrisson avec un lait sans lactose. L'intolérance au lactose survient en fait dans 5 à 10 % des cas après un épisode de diarrhée aiguë et semble donc beaucoup moins fréquente qu'on ne l'a longtemps pensé. Une méta-analyse portant sur 29 essais cliniques réalisés chez 2215 patients a ainsi montré qu'une très grande majorité des nourrissons atteints de diarrhée aiguë pouvaient être réalimentés avec un lait normal, contenant du lactose, sans utiliser de dilution progressive de ce lait chez les enfants de plus de 6 mois. Cela signifie donc que ces enfants peuvent recevoir après quelques heures de réhydratation orale exclusive le lait qu'ils recevaient avant l'apparition de la diarrhée, à reconstitution normale d'emblée, sous réserve qu'ils soient âgés de plus de 6 mois. Par contre, l'utilisation en 1ère intention d'un lait sans lactose ne se discute pas en cas de diarrhée sévère ou traînante, de terrain fragile sous-jacent (retard de croissance intra-utérin, prématurité, pathologie chronique), ou d'échec des thérapeutiques préalablement entreprises. On peut en outre conseiller chez les enfant dont l'alimentation était déjà diversifiée avant l'apparition de la diarrhée l'utilisation d'aliments constipants : carottes, pommes-coings, riz, pommes de terre, bananes, associée à la prise de 10 ml/kg de SRO en cas d'émission de selle liquide.
La réapparition d'une diarrhée profuse dans les heures suivant la réintroduction du lait que recevait le nourrisson avant le début de la diarrhée permet de poser avec certitude le diagnostic de syndrome post-entéritique. Celui-ci est du à une intolérance secondaire au lactose provoquée par la diminution du taux de la lactase. En fait, la disparition rapide de la diarrhée après l'introduction d'un lait sans lactose est le meilleur moyen de confirmer l'hypothèse d'un syndrome post-entéritique et d'en assurer le traitement. Le lait sans lactose est habituellement proposé au jeune nourrisson pendant 2 semaines.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Björksten B, Dumitrascu D, Foucard T, *et al*. Prevalence of childhood asthma, rhinitis and eczema in Scandinavia and Eastern Europe. *Eur Respir J* 1998 ; **12** : 432-7.

2. Björksten B, Naaber P, Sepp E, Mikelsaar M. The intestinal microflora in allergic Estonian and Swedish 2-year-old

children. *Clin Exp Allergy* 1999 ; 29 : 342-6.
3. Boggio V, Grossiord A, Guyon S, Fuchs F, Fantino M. Consommation alimentaire des nourrissons et des enfants en bas âge en France en 1997. *Arch Pédiatr* 1999 ; 6 : 740-7.
4. Boggio V. 51 erreurs concernant l'alimentation dans l'enfance. *Médecine & Enfance* 2000 ; 20 : 260-2.
5. Chevalier B. Diététique infantile. Collection Abrégé de Médecine, Masson, Paris, 1996.
6. Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie. Beaufrère B, Bresson JL, Briend A, Ghisolfi J, Goulet O, Navarro J, Putet G, Ricour C, Rieu D, Turck D, Vidailhet M. La promotion de l'allaitement maternel: c'est aussi l'affaire des pédiatres… *Arch Pédiatr* 2000 ; 7 : 1149-53.
7. Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie. Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Dupont C, Frelut ML, Ghisolfi J, Goulet O, Putet G, Rieu D, Turck D, Vidailhet M. Traitement nutritionnel des diarrhées aiguës du nourrisson et du jeune enfant. *Arch Pédiatr* 2002 ; 9 : 610-9.
8. Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie et Groupe de Nutrition de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire. Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Dupont C, Frelut ML, Ghisolfi J, Goulet O, Putet G, Rieu D, Turck D, Vidailhet M, Merlin JP, Rives JJ. Alimentation du nourrisson en fonction de l'âge. Recommandations pratiques. *Arch Pédiatr* 2003 ; 10 : 76-81.
9. Dartois AM, Du Frayssex M. Alimentation du bien portant. In : Ricour C, Ghisolfi J, Putet G, Goulet O, éds. Traité de Nutrition Pédiatrique. Paris : Maloine. 1993 : 1033-54.
10. Delaisi de Parseval G, Lallemand S. L'art d'accommoder les bébés. 100 ans de recettes françaises de puériculture. Seuil. 1980.
11. Gottrand F, Loeuille GA, Douchain F, Turck D. Apports diététiques inappropriés et erreurs nutritionnelles de l'enfance. In: Ricour C, Ghisolfi J, Putet G, Goulet O, éds. Traité de Nutrition Pédiatrique. Paris : Maloine. 1993 : 982-95.
12. Hatakka K, Savilahti E, Pönkä A, *et al*. Effect of long term consumption of probiotic milk on infections in children attending care centres : double-blind, randomised trial. *Br Med J* 2001 ; 322 : 1327-9.
13. Isolauri E, Arvola T, Sutas Y, Moilanen E, Salminen S. Probiotics in the management of atopic eczema. *Clin Exp Allergy* 2000 ; 30 : 1604-10.
14. Kalliomaki M, Salminen S, Arvilommi H, Kero P, Koskinen P, Isolauri E. Probiotics in primary prevention of atopic disease : A randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2001 ; 357 : 1076-9.
15. Langhendries JP. Prévention de l'allergie : et si tout (ou presque) se jouait à la naissance ? *Arch Pédiatr* 2001 ; 8 : 1037-41.
16. Rancé F, Bidat E. Allergie alimentaire chez l'enfant. Médecine & Hygiène et Médecine & Enfance, Paris, 2000.
17. Rolland-Cachera MF. Déséquilibre nutritionnel au début de la vie : effets à long terme. *Arch Pédiatr* 1998 ; 5 (Suppl 2) : 209s-211s.
18. Saavedra J, Abi-Hanna A, Moore N, *et al*. Effect of long term consumption of infant formulas with bifidobacteria and *S. Thermophilus* on stool patterns and diaper rash in infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 27 : 483 (Abstract).
19. Salle BL. Le lait de femme. In : C Ricour, J Ghisolfi, G Putet, O Goulet, éds. Traité de Nutrition Pédiatrique. Paris : Maloine. 1993 : 373-400.
20. Schmitz J. Développement des fonctions digestives. In : Salle BL, Putet G, éds. Alimentation du prématuré et du nouveau-né à terme dans les premiers mois de vie. Progrès en Pédiatrie 13. Paris : Doin. 1996 : 39-57.
21. Turck D. Après le lait : quoi, quand, comment, pourquoi ? *Arch Pédiatr* 1998 ; 5 (Suppl 2) : 205s-209s

AFFECTIONS EPIDEMIQUES DU NOURRISSON : PLUS DE PUERICULTURE POUR MOINS DE MEDICAMENTS

A. MARTINOT, V. HUE,
Pédiatrie générale
Et urgences,
CH et U de Lille.



Les infections virales du nourrisson (deux premières années de vie), qu'elles soient épidémiques (bronchiolites à VRS, gastro-entérites à rota virus), ou plus endémiques (rhinopharyngites, varicelle) se caractérisent par leur grande fréquence, leur habituelle bénignité, leur caractère spontanément régressif en l'absence de traitement étiologique efficace. Ces affections ont fait l'objet de recommandations, parfois issues de conférences de consensus. Le recours aux médicaments y est très limité. Pourtant les pratiques médicales apparaissent peu conformes à ces recommandations (Tableau).

Tableau : fréquence des prescriptions au cours de trois infections virales fréquentes du nourrisson par les médecins généralistes du département du Nord

	fréquence (%)			indiqué
Gastro-entérites :	avant[1] (1996)	après[1] (1998)		
solution de réhydratation orale	29	39 (p<0,05)		toujours indiquée
lopéramide	15			contre-indiqué
antibiotiques	33			non en 1ère intention
Bronchiolites :	avant	après conférence		
mucolytiques	59	54	ns	contre-indiqué
antibiotiques	54	53	ns	non en 1ère intention
corticoïdes per os	37	34	ns	non
bronchodilatateurs inhalés	25	21	ns	non
kinésithérapie	63	58	ns	selon les cas
Varicelle :				
poudres et talc,	44 (à 54 selon études)			non
anti-inflammatoires non stéroïdiens	16 (à 14 selon études)			non

ns = non significatif 1= avant et après campagne d'information dans le Nord sur la réhydratation orale

La réhydratation orale, pourtant considérée comme l'avancée médicale majeure du siècle dernier et seul traitement formellement recommandé chez le nourrisson, reste très sous-utilisée. Sa prescription est longue car elle doit s'accompagner de conseils détaillés et pourrait menacer le médecin dans sa compétence : elle ne guérit pas le symptôme d'appel (la diarrhée), elle n'est pas considérée comme un médicament (même si son remboursement devrait être maintenant acquis). Tout parent de nourrisson devrait pourtant posséder une solution de réhydratation au domicile.

Les prescriptions dans les bronchiolites sont probablement favorisées par la difficulté de ne pas prescrire de médicaments et d'avouer une certaine impuissance dans une affection inquiétante pour les parents. Ceci explique peut-être aussi le recours trop systématique à une kinésithérapie dont les indications sont plus limitées. Les mesures les plus efficaces sont les mesures générales : désobstruction nasale régulière et avant chaque biberon, fractionnement des prises alimentaires, proposition de boissons plus fréquentes, aération correcte de la chambre et éviction absolue de tout environnement tabagique, et quand elle est possible chez le jeune nourrisson position de couchage en proclive dorsal à 30 °.

La désobstruction nasale doit être démontrée à tous les parents : instillation locale du sérum physiologique narine par narine, l'enfant en décubitus dorsal, la tête tournée sur le côté (plus que DN rétrograde plutôt réservée aux kinésithérapeutes ou mouche-bébé peu efficace). Les rhinopharyngites ne justifient que d'une désobstruction nasale régulière. Les angines avant 2 ans sont exceptionnelles et notamment la part des streptocoques de groupe A rendant la prescription d'antibiotiques le plus souvent inutiles.

Les habitudes thérapeutiques sont difficiles à changer. Il en est ainsi de la prescription de poudres dans la ***varicelle*** qui favorisent très probablement les surinfections cutanées. Le seul traitement antipyrétique actuellement recommandé dans la varicelle est le paracétamol (dont la voie orale doit toujours être préférée sauf vomissements itératifs). L'utilisation de douches régulières doit être encouragée, suivies de l'application d'un antiseptique. Les ongles doivent être soigneusement coupés et propres.

Enfin dans toutes ces affections potentiellement fébriles, les règles de traitement antithermique doivent être rappelées : nourrisson peu couvert, pièce à 19-20° maximum, lit éloigné d'une source de chaleur, proposition de boissons plus fréquente.

QUE FAIRE DEVANT UNE HEMATURIE ?

PR BISERTE , DR BONNAL ,
PR MAUROY , DR BLONDEL
Fédération d'Urologie - LILLE-ROUBAIX

L'exposé porte sur la conduite à tenir face à une hématurie macroscopique. Il faut toutefois rappeler qu'une hématurie microscopique chez un fumeur, un consommateur chronique d'analgésique, un patient exposé à un risque professionnel ou la présence d'une infection urinaire, de radiothérapie et d'un âge >40 ans doit conduire à une mise au point urologique identique à celle réalisée lors de la survenue d'une hématurie macroscopique.

Des éléments d'orientations devront être recherchés (antécédents néphro-urologiques) suivi d'une anamnèse précise permettant de qualifier l'hématurie (Initiale, terminale, totale) et de rechercher les signes cliniques associés (douleur, signe fonctionnel urinaire).

Dans l'urgence, la présence de caillots lors des mictions conduira le plus souvent à la mise en place d'une sonde vésicale double courant de bon calibre (CH 24). Il est rare que les répercussions hémodynamiques du saignement doivent être corrigées.

Selon les premiers éléments d'orientations, un bilan radiologique sera envisagé. L'Uro-scanner est devenu un examen de choix, néanmoins l'urographie intraveineuse et l'uretéro-pyélographie rétrograde reste un examen précieux pour le diagnostic de certaines lésions urétérales.

Un organigramme décisionnel sera proposé lors de l'atelier.

Néanmoins, 20% des hématuries macroscopiques restent inexpliquées.

QUAND DEMANDER UN BILAN ORTHOPHONIQUE CHEZ L'ENFANT ?

Mme CRUNELLE, Mme DEBARGE, Dr FOSSAERT

L'orthophoniste est un auxiliaire paramédical chargé de l'évaluation et de la rééducation des troubles de la communication, du langage oral et écrit.

Le champ de compétences en orthophonie est large : dépistage, prévention, rééducation des troubles du langage liés à une surdité, une déficience intellectuelle, une infirmité motrice cérébrale, une malformation congénitale, une pathologie ou un accident neurologique, des troubles spécifiques du langage oral et du langage écrit, de la dyscalculie, des troubles de la voix, d'articulation et de déglutition. Il concerne l'individu à tout âge, du nourrisson à la personne âgée.

Depuis peu, deux types de prescription médicale d'un bilan orthophonique coexistent :

- un bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire qui permet à l'orthophoniste d'entamer une rééducation après avoir envoyé un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique au médecin prescripteur.

- un bilan orthophonique d'investigation. Après le bilan, l'orthophoniste envoie ses conclusions et propositions au médecin prescripteur qui détermine s'il y a lieu d'entreprendre une rééducation.

Il est important de prescrire l'un ou l'autre de ces bilans dès qu'est repéré un signe d'alerte, de dysfonctionnement. On privilégie trop souvent encore une politique d'attentisme : "ça va s'arranger". C'est oublier que la maîtrise du langage est indispensable à la construction de l'enfant, aux apprentissages scolaires, à l'insertion sociale affective et professionnelle de tout individu.

La réalisation d'un bilan n'induit pas systématiquement l'engagement d'une rééducation. Le bilan orthophonique peut permettre de rassurer des parents inquiets, d'établir sur quelques mois d'intervalle un profil de développement langagier qui permet de confirmer ou d'infirmer les doutes quant à un trouble de développement, d'orienter vers des bilans complémentaires (ORL, neuropédiatriques, psychologiques…) et bien sûr d'engager, si cela est jugé nécessaire, une rééducation adaptée et spécifique.

Les difficultés les plus importantes, en ce qui concerne cette prescription de bilan orthophonique, semblent se situer à trois niveaux :

- La prescription dans la grande précocité pour l'enfant déficitaire, comme l'enfant IMC ou trisomique par exemple.

- Une prescription dès 3 ans 1/2-4 ans lorsqu'un retard de langage est repéré, sans attendre l'entrée au C.P.

- Une prescription adaptée dans les situations de difficultés scolaires, prenant en compte la spécificité de l'approche orthophonique.

C'est sur ces trois points que nous insisterons en atelier, sans éliminer bien sûr les autres indications d'orthophonie, en particulier celles qui concernent l'adulte.

LA PHOBIE SOCIALE : DIAGNOSTIC ET RECOMMANDATIONS POUR LE GENERALISTE

Dr Dominique SERVANT
Unité spécialisée Stress et Anxiété
CHRU –Lille

La Phobie sociale est un trouble anxieux fréquent qui affecte 2 à 4 % de la population générale.

Elle débute tôt dans la vie et s'accompagne d'une comorbidité importante avec les troubles anxieux, dépressifs et les conduites d'alcoolisation.

Elle doit être distinguée d'une simple timidité ou d'une anxiété sociale développementale chez l'enfant.

Une fois le diagnostic fait, le praticien doit informer le patient, lui proposer un accompagnement psychologique et dans certains cas un traitement et l'orienter vers un spécialiste.

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) seront présentées en complément des recommandations pratiques pour le généraliste.

Docteur Servant
« Soigner les Phobies Sociales »
Masson 2002

LES PATIENTS PRESENTANT UN TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF : DETECTION ET PRISE EN CHARGE

Docteur Didier DUTOIT
Praticien Hospitalier CHRU Lille
Psychiatre Libéral – Lille

Le **T**roubles **O**bsessionnel **C**ompulsif représente une affection fréquente dont la prévalence dans la population générale varie entre é et 5 % selon les travaux. Il s'agit d'une affection sévère dont les manifestations cliniques peuvent à terme générer chez les patients de nombreuses incapacités fonctionnelles et être source d'adaptation sociales précaires. Il s'agit d'une affection débutant le plus souvent à l'adolescence et dont l'appréciation précoce nécessite chez le praticien une sensibilité clinique certaine. Notre propos sera focalisé sur cette détection précoce et les soins qui pourront être proposés. Ces soins permettront d'accompagner le patient et sa famille et ainsi améliorer considérablement le pronostic évolutif. Les approches thérapeutiques habituelles comportent classiquement l'association de psychotropes et d'un travail psychothérapique individuel et / ou en famille. La psychochirurgie quant à elle reste utilisée de façon limitée et s'adresse à des sujets présentant une résistance aux traitements habituels.

LES OUTILS DIAGNOSTICS DE L'OSTEOPOROSE

Dr Bernard CORTET,
Dr Isabelle LEGROUX-GÉROT
Service de Rhumatologie et unité de recherche de l'appareil locomoteur (URAL), CH& U Lille

L'ostéoporose est une maladie généralisée du squelette caractérisé par un abaissement de la masse osseuse et des altérations de la micro architecture osseuse conduisant à une augmentation du risque fracturaire.

Sur le plan pratique, compte-tenu de cette définition, diverses situations peuvent être envisagées conduisant au diagnostic d'ostéoporose.

La première possibilité, est la survenue d'une fracture, en précisant que les 3 principaux sites de fractures ostéoporotiques sont représentés par

- le poignet,

- les vertèbres,
- la hanche.

En outre, il paraît important de préciser, y compris en matière d'ostéoporose, que la fracture survient suite à un traumatisme. Celui-ci est cependant mineur (chute de sa hauteur). Il existe ainsi une inadéquation entre l'importance du traumatisme et la survenue de la fracture.

De nombreuses études ont bien démontré que la survenue d'une fracture exposait à un risque important de récidive. Ainsi, en matière de fracture vertébrale, le risque de récidive est multiplié par 4, et dans l'année qui suit la survenue d'une telle fracture, 25 % des patientes vont récidiver. Compte-tenu de ces éléments, il apparaît donc utile de pouvoir porter un diagnostic plus précoce, et de ce point de vue la densitométrie osseuse apparaît être l'examen de choix.

La technique de référence est la densitométrie osseuse par absorptiométrie biphotonique à rayons X. L'ANAES a précisé que l'examen doit être réalisé à la colonne lombaire ainsi qu'au niveau de l'extrémité supérieure du fémur. Les indications ont été validées par cet organisme, et sont représentées par la découverte d'une fracture vertébrale non traumatique ou un antécédent personnel de fracture périphérique non traumatique, des antécédents documentés de pathologies endocriniennes inductrices d'ostéoporose: Hypogonadisme prolongé, hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercortisisme endogène et hyperparathyroïdie primitive. L'examen n'apparaît pas utile de façon systématique à la ménopause mais doit être réalisé chez les femmes à risque. Les facteurs de risque retenus par l'ANAES sont les suivants :

- antécédent familial (parent du 1er degré) de fracture vertébrale ou de l'extrémité supérieure du fémur,

- indice de masse corporelle inférieur à 19 Kg/m²

- ménopause précoce naturelle ou artificielle,

- antécédent de corticothérapie prolongés.

De même la mise en œuvre d'une corticothérapie à partir du moment où la posologie est supérieure à 7,5 mg/jour d'équivalent-prednisone pour une durée de traitement supérieure ou égale à 3 mois nécessite la réalisation d'une densitométrie osseuse. L'examen peut également être répété en fonction du contexte dans un délai de 2 à 5 ans.

Au delà de ces indications parfaitement validées, il faut d'une part connaître la façon dont les résultats sont exprimés. D'autre part un pré-requis est utile afin d'interpréter correctement le résultat de l'examen (vérification soigneuse de la définition de la région d'intérêt, absence de prise en compte d'une vertèbre fracturée ...). Ces différents éléments seront détaillés dans cet atelier.

Compte tenu de l'intérêt de cet examen en terme de prédiction du risque fracturaire, il a été proposé, par un panel d'experts sous l'égide de l'OMS il y a maintenant presque 10 ans, une définition opérationnelle fondée sur le résultat du T-score (nombre d'unité d'écart type par rapport à la moyenne des femmes jeunes). Ainsi l'ostéoporose est définie comme un abaissement de la densité minérale osseuse d'au moins 2,5 écart type par rapport à la moyenne des sujets jeunes.

Conceptuellement, les marqueurs du remodelage osseux pourraient également être utiles pour évaluer le risque fracturaire. En effet, la carence oestrogénique inhérente à la ménopause est caractérisée par une augmentation de la résorption osseuse ostéoclastique, qui s'accompagne d'une augmentation du taux des marqueurs du remodelage osseux et tout particulièrement de ceux explorant la résorption osseuse. En pratique, ceux-ci sont représentés par le dosage des fragments N-telopeptidiques ou C-telopeptidiques du collagène de type I (NTX et CTX). L'ostéoformation peut également être appréhendée notamment par la mesure de l'ostéocalcine sérique, qui est la principale protéine non collagénique de l'os, ainsi que par le taux des phosphatases alcalines osseuses. Il existe globalement une élévation du taux des marqueurs de la résorption osseuse d'environ 100 % après la ménopause et

une augmentation d'environ 50 % pour les marqueurs explorant l'ostéoformation. De plus, le dosage sérique des marqueurs de la résorption osseuse (alors qu'initialement il s'agissait de dosages urinaires), a permis d'en améliorer la reproductibilité et a également rendu plus simple les conditions de prélèvement. Ces marqueurs sont actuellement inscrits à la nomenclature biologique. Pour autant, malgré leur intérêt intellectuel, leur utilisation en pratique clinique apparaît limitée. En effet, les données de la littérature sont contradictoires quant à l'existence d'une relation entre élévation du remodelage osseux apprécié par le dosage des marqueurs du remodelage osseux et perte osseuse accélérée. Les données sont plus concordantes en ce qui concerne la relation existant entre élévation de ces mêmes marqueurs et augmentation du risque fracturaire. Ces résultats doivent cependant être nuancés dans la mesure où les données à l'échelon des études ne sont pas extrapolables à l'échelon individuel du fait de la médiocre reproductibilité de ces dosages (de l'ordre de 10 % contre 1 % pour la densitométrie osseuse). Le dernier intérêt mis en avant est le fait que leur taux diminue rapidement après mise en œuvre d'un traitement par inhibiteurs de la résorption osseuse (THS, SERM, bisphosphonates). Cependant il n'est pas certain que l'abaissement du taux de ces marqueurs sous traitement soit le gage d'une réponse thérapeutique ultérieure. Tous ces aspects seront discutés dans le cadre de cet atelier.

CORTICOTHERAPIE CHEZ LE SUJET AGE

Pr Eric HACHULLA
Service de Médecine Interne, Hôpital Claude Huriez, CHRU Lille

Le vieillissement rend le sujet âgé particulièrement sensible et vulnérable à une corticothérapie au long cours. La fréquence du diabète, de l'hypertension artérielle, des maladies cardiovasculaires après 65 ans font que prescrire un corticoïde au long cours nécessite un bilan initial complet afin d'anticiper, de prévoir ou de prévenir les problèmes de morbidité liés à cette thérapeutique. Plusieurs points particuliers aux sujets âgés doivent être considérés attentivement car aggravés par une corticothérapie au long cours :

- Fragilité cutanée et ecchymose facile

- Révélation ou aggravation d'un diabète préexistant

- Aggravation d'une dyslipidémie

- Problème d'athérosclérose accélérée

- Fragilité gastroduodénale vis-à-vis des corticoïdes

- Risque de poussée diverticulaire voire de perforation digestive

- Aggravation d'une cataracte sous-jacente

- Ostéoporose cortisonée

Tous ces risques existent même pour des corticothérapies prescrites à faibles doses (< 10 mg/24 h). Une éducation particulière du médecin prescripteur doit être faite en matière de prévention de l'ostéoporose cortisonique, moins des deux tiers des patients traités au long cours ont une supplémentation vitaminocalcique.

Prévenir et traiter l'ostéoporose cortisonique

- Maintenir une activité physique quotidienne de 30 à 60 minutes par jour en favorisant la marche ;

•

Références
Hachulla E, Hatron PY. Détecter les maladies systémiques auto-immunes. Abrégé Masson, Paris, 2001.

Yeap SS, Hosking DJ. Management of corticosteroid-induced osteoporosis. Rheumatology 2002 ;41 :1088-94

LES MALADIES THYROIDIENNES INFRACLINIQUES

Jean-Louis WEMEAU, Catherine CARDOT-BAUTERS, Christine DO CAO, Michèle D'HERBOMEZ.
Clinique Endocrinologique Marc Linquette. CHU Lille.
Avec la coopération du Docteur Georges KAZUBEK

Longtemps les maladies de la thyroïde ont été évoquées cliniquement, et l'exploration paraclinique permettait de confirmer, de quantifier, d'évaluer la dysfonction ou la tuméfaction cliniquement reconnue. Toute autre est la situation actuelle où la généralisation des dosages de TSH et de l'échographie cervicale, permet de découvrir des hyper- ou des hypothyroïdies, des nodules thyroïdiens à un stade encore infraclinique. Comment gérer ces situations nouvelles ? La question est d'importance, car elles sont d'une extrême fréquence, à la limite de la pathologie, mais avec des enjeux économiques et médico-légaux considérables.

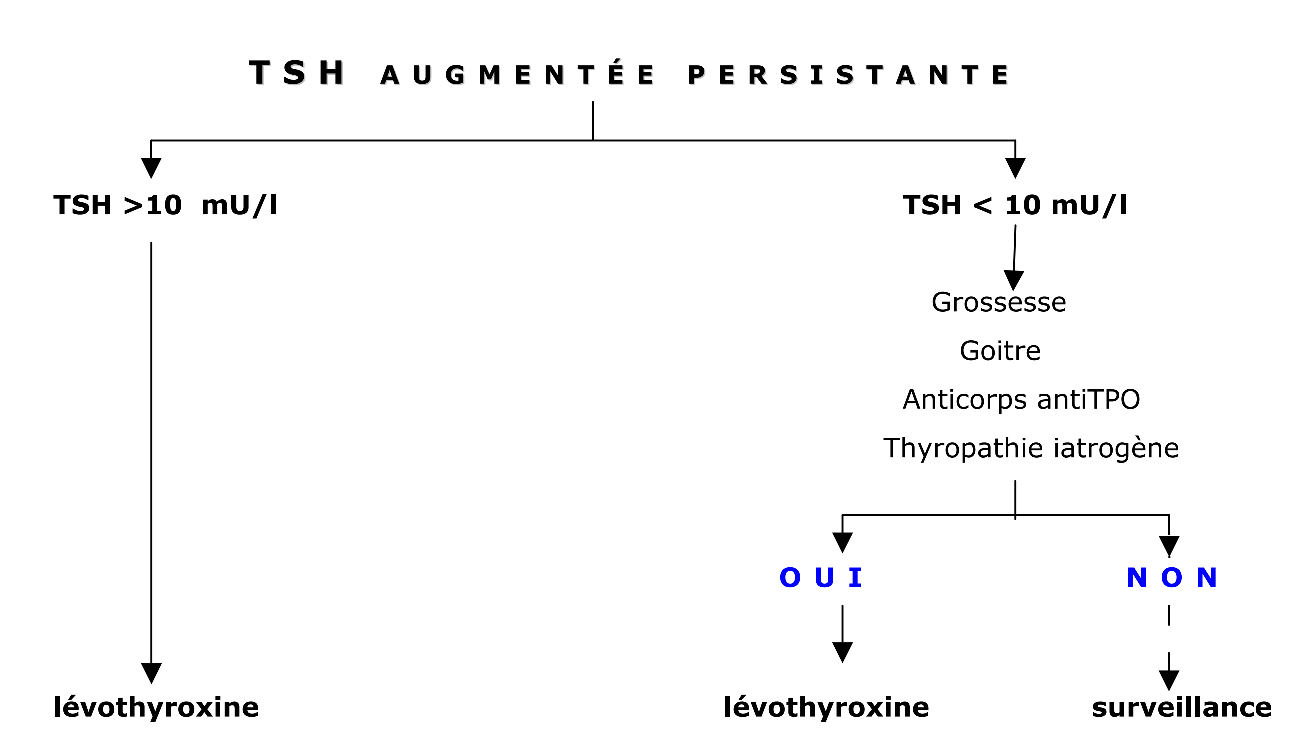
HYPOTHYROIDIE INFRACLINIQUE :

L'étude SUVIMAX a montré que sa prévalence atteint 1,9 % des hommes et 3,3 % des femmes âgées de 45 à 60 ans.

L'hypothyroïdie subclinique est définie par l'augmentation isolée de TSH, alors que la concentration de T4 totale ou libre est normale. La répétition du dosage après quelques semaines permet de repérer les dysfonctions transitoires, induites par les phénomènes de thyroïdite subaiguë ou silencieuse, une surcharge en iode....

Les méfaits et les risques réels de ces situations restent très discutés : petits signes d'hypométabolisme, augmentation de la pression diastolique, anovulation, altération des performances musculaires et myocardiques à l'effort, modification du bilan lipidique et de la coagulation prédisposant à l'athérothrombose.

Un consensus semble se dessiner pour recommander l'institution d'un traitement dans certaines circonstances (recommandations du Groupe de Recherche sur la Thyroïde, à paraître).



annuelle

HYPERTHYROIDIE SUBCLINIQUE :

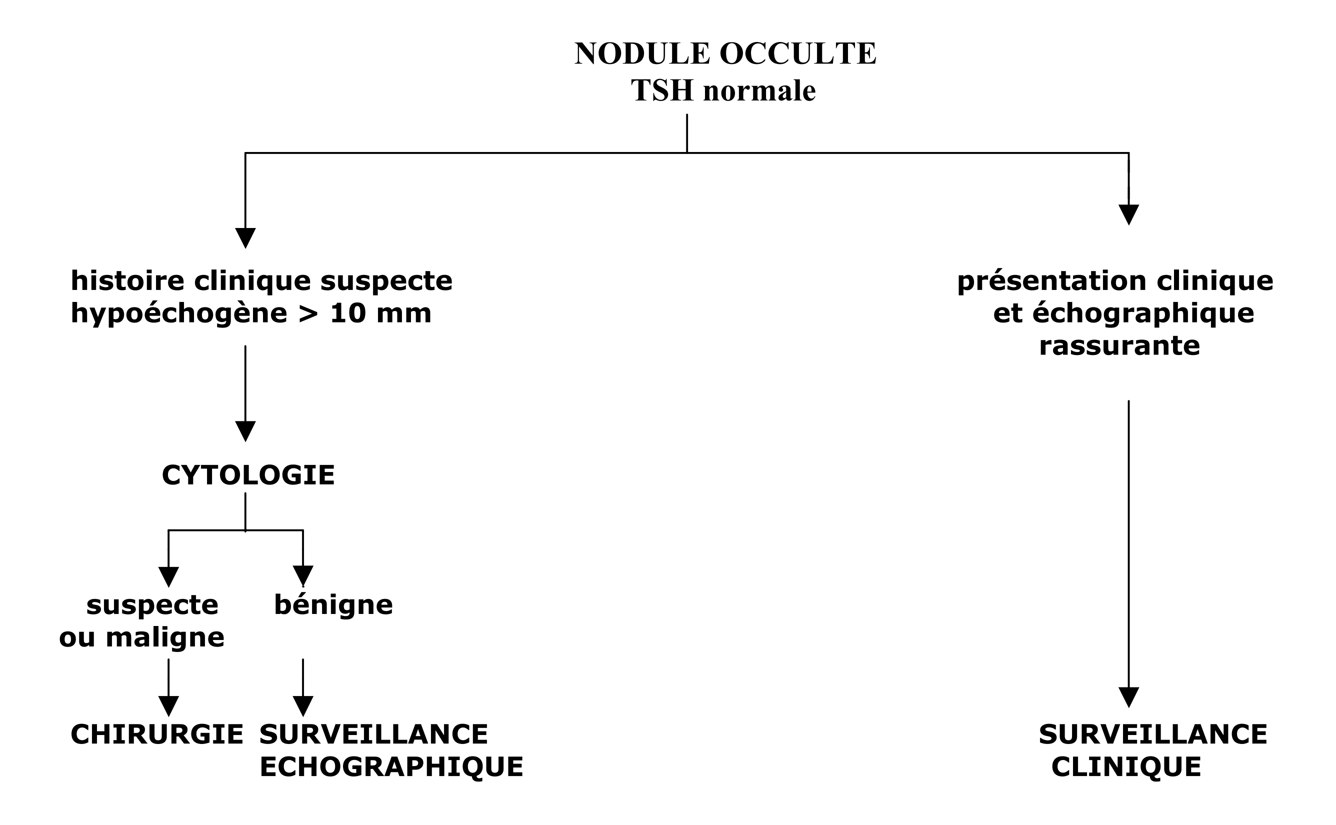
1 à 2 % de la population constitue un hyperfonctionnement thyroïdien fruste ou infraclinique : TSH basse, FT_3 et FT_4 normales. Cette situation s'observe surtout au-delà de 50 ans, est liée le plus souvent à l'autonomisation d'un nodule hyperfonctionnel au sein d'un parenchyme thyroïdien dystrophique ou d'un goitre, même si d'autres causes (auto-immunes, iatrogènes, tumorales…) sont possibles. Dans la cohorte de Framingham, le risque d'arythmie complète par fibrillation auriculaire était 3 fois plus élevé en cas de TSH basse. Le risque d'ostéoporose, et même de décès prématuré est aussi établi.

L'enquête étiologique (scintigraphie, recherche d'anticorps anti-récepteur, d'un facteur médicamenteux) est un préalable indispensable à la décision et au choix thérapeutique : Iode 131, chirurgie, parfois antithyroïdiens, ou abstention.

NODULE OCCULTE :

Environ 4 % des adultes ont un nodule palpable. Mais la proportion des nodules occultes découverts en échographie est 10 fois plus importante : 30 à 50 %. Leur nombre est plus élevé dans le sexe féminin, et s'accroît avec l'âge (environ 10 % par décennie). La majorité d'entre eux sont bénins. Une faible proportion (5 %) correspond à des cancers, le plus souvent microcancers papillaires dont la morbidité à ce stade est extrêmement réduite sinon inexistante.

Seuls un certain nombre de nodules occultes justifient un complément d'évaluation de prise en charge et de surveillance



CHIRURGIE PALLIATIVE PERIPHERIQUE DU MEMBRE SUPERIEUR

Dr C. CHANTELOT
Service de chirurgie de la Main et du Membre supérieur
CHRU de Lille

Les indications de la chirurgie de transfert tendineux pour paralysie nerveuse ont considérément diminué. La prise en charge, en urgence des lésions nerveuses est une procédure bien établie avec de bon résultat. La chirurgie nerveuse secondaire par neurolyse simple ou par greffe nerveuse est routinière. Par tous ces progrès de la chirurgie nerveuse, la chirurgie palliative garde des indications limitées. Dans certains pays où la lèpre reste un foyer endémique, cette chirurgie reste la seule solution.

Ces techniques de transfert et d'arthrodèse ont été décrites depuis plusieurs décennies à l'époque où la microchirurgie était absente. La paralysie la plus fréquente du membre supérieur est la paralysie radiale (fracture humérus), ensuite la paralysie ulnaire et plus rarement la paralysie du nerf médian. Quand on réalise un transfert, il faut respecter certain principe comme l'effet ténodèse : flexion du poignet → extension des doigts, extension du poignet→ flexion des doigts. Mais aussi, il faut favoriser l'ouverture de la main (extension poignet et doigts, la pince pouce-index, …). Pour les paralysies d'un seul nerf la procédure est la même :

- Paralysie radiale : réanimation de l'extension du poignet par transfert du Rond pronateur, extension des doigts par transfert du Fléchisseur ulnaire du carpe, et extension du pouce par transfert du Palmaire long.
- Paralysie ulnaire : nous corrigeons seulement la griffe cubitale
- Paralysie médian : réanimation de la flexion du pouce par transfert d'un tendon des muscles radiaux, réanimation de la flexion de l'index par ténodèse sur le fléchisseur du III, l'opposition est réanimée par transfert de l'extenseur propre du II.
-

Pour les paralysies mixtes, les choses se compliquent et il faut garder toujours pour principe l'ouverture de la main et la pince pouce-index. Par exemple on peut réaliser une arthrodèse du poignet pour une position fonctionnelle du poignet et ensuite utiliser les muscles fonctionnels pour réanimer l'ouverture et la fermeture de la pince pouce-index. Ces cas de figures sont plus rares et on les rencontre dans les paralysies du plexus brachial. Il faut retenir que même pour les paralysies complètes, on peut proposer au patient une arthrodèse du poignet et une ténodèse des extenseurs, cette attitude de la main permet au patient de se servir de la main comme un support.

La chirurgie palliative du membre supérieur est plus exigeante que celle du membre inférieur, le patient en attend toujours beaucoup. L'intégration du transfert n'est pas toujours facile, nous pensons que la sollicitation des muscles avant le transfert est indispensable. Cette chirurgie est une des spécificités des chirurgiens de la main et du membre supérieur.

LES SUTURES EN MEDECINE GENERALE

Dr RTAIMATE Mohamed
Clinique lille-sud LESQUIN

Toutes les plaies sur un trajet vasculo-nerveux et/ou tendineux doivent être explorées.

Face à la plaie **le tétanos** vous guette.
Pour une bonne suture, il existe quelques notions de base parfois évidentes comme :

- **une aseptie rigoureuse**
- **un set de suture complet** (ciseaux, pince à disséquer, porte aiguille, fils...)
- **une anesthésie locale** si possible
- le nec plus ultra c'est d'avoir **un(e) assistant(e)** (pour instrumenter, soutenir en cas de malaise du patient...)

Le noeud de base est le noeud plat sans tension :"**Les lèvres de la plaie doivent s'embrasser chastement**"

En cas de morsure animale ou humaine (eh oui cela arrive !), les plaies doivent être lavées et suturées avec des points lâches. Ce type de plaies nécessite une surveillance ++++ et une antibiothérapie.

Il faut toujours garder à l'esprit **qu'il n'y a pas de petite chirurgie mais que des petits chirurgiens**.

.

PREVENTION DE L'OBESITE INFANTILE

Dr J. WEILL
Endocrinologie Pédiatrique, CHU, Lille

I - INTRODUCTION

Il y a de multiples raisons pour effectuer la prévention de l'obésité infantile :

- L'augmentation décennale de sa prévalence (par exemple entre 2 et 3 fois dans les écoles maternelles de la ville de Lille)
- L'existence de marqueurs biologiques de risque cardiovasculaire voire de lésions d'athérosclérose dès l'enfance, de même que l'éclosion aux USA du diabète de type 2 chez l'adolescent
- Sa pérennisation à l'âge adulte dans 40 à 80 % des cas, avec surmorbidité et une surmortalité d'origines cardiovasculaire et cancéreuse
- Les difficultés thérapeutiques rencontrées lorsqu'elle est installée.

Traditionnellement, la prévention s'opère à 3 niveaux :

- Prévention primaire, visant la réduction des nouveaux cas (incidence)
- Prévention secondaire, visant la réduction des cas établis (prévalence) ou leur sévérité
- Prévention tertiaire, visant la réduction des complications.

Le problème est de décider, si l'obésité est un facteur de risque ou une maladie en soi, son caractère envahissant faisant choisir la 2e option, du moins en matière de prévention.

II - POPULATION CIBLEE

Divers facteurs de risque ont été identifiés pour l'obésité : obésité parentale, facteurs sociofamiliaux, poids de naissance, âge de rebond, mode de vie, facteurs psychocomportementaux. Aucun n'est suffisamment prédictif pour se focaliser sur l'un d'entre eux et une stratégie de population globale semble préférable. Nous avons d'ailleurs montré que l'appartenance d'un parent à une catégorie socioprofessionnelle élevée mettait les enfants des écoles maternelles de Lille à l'abri de l'évolution décennale de l'obésité. L'âge doit être le plus précoce possible car secondairement l'obésité s'aggrave.

III - STRATEGIES D'INTERVENTION

Les stratégies d'intervention passent nécessairement par l'équation thermodynamique simple :

$$\Delta \text{ Masse Grasse} \times 9$$
$$= \text{Apport énergétique alimentaire}$$
$$- \text{Dépense énergétique (en kcal)}$$

A. REDUCTION DE L'APPORT ENERGETIQUE

Non seulement la valeur absolue de l'apport énergétique mais aussi son aspect qualitatif importent. Ainsi les lipides sont particulièrement adipogènes. Dans divers pays dont la France (Plan National Nutrition et Santé = PNNS) ont élaboré diverses directives qualitatives :

- Limiter les graisses (heure, huile et margarine) mais également limitation des lipides d'origine carnée et lactée
- Limiter les boissons sucrées
- Consommer en abondance :
  - Pain et céréales, féculents
  - Fruits et légumes

Les conditions environnementales de l'alimentation doivent être prises en compte :

- Diminution des tailles des portions
- Limitation des heures de télévision.

B. AUGMENTATION DE LA DEPENSE ENERGETIQUE PHYSIQUE

Malgré des données épidémiologiques convaincantes des relations entre sédentarité et prévalence et degré d'obésité, peu de programmes interventionnels ont été réalisés pour démontrer l'efficacité préventive de l'exercice. Là encore, les conditions environnementales sont essentielles :

- Favoriser la marche à pied, la bicyclette
- Réduire les heures de télévision, facteur de sédentarité
- Favoriser l'activité physique dans le cadre familial.

Par ailleurs, l'activité physique exerce d'autres effets bénéfiques sur la santé : amélioration de la forme physique, diminution des facteurs de risque cardiovasculaire, du diabète non insulinodépendant.

IV - OBSTACLES A LA PREVENTION

A. OBSTACLES PHYSIOLOGIQUES

La prédisposition génétique à l'obésité peut limiter l'efficacité des mesures préventives**.**

B. OBSTACLES FAMILIAUX ET SOCIAUX

Divers obstacles familiaux s'avèrent contreproductifs : l'ignorance et la culture diététiques, les habitudes alimentaires, l'intense convivialité ressentie à la restauration rapide.

C. INCITATION A LA CONSOMMATION

La prévention se heurte également au savoir faire de la grande distribution et aux publicités concernant les aliments à forte densité énergétique.

D. EFFETS SECONDAIRES DE LA PREVENTION

La pression préventive peut conduire une minorité d'adolescentes aux troubles des conduites alimentaires. Certains adolescents utilisent le tabagisme comme moyen d'amaigrissement.

V – CADRES DE LA PREVENTION

A - FAMILIALE

Etant donné le poids des familles dans la génèse de l'obésité, des préventions familiales sont à envisager : des groupes de mères de famille ont été établis par exemple à Roubaix, les extrayant de leur quotidien et les valorisant.

B - ECOLE

L'école peut promouvoir des messages de santé en général. Cependant les métaanalyses indiquent que ceux-ci sont moins efficaces à l'encontre de l'obésité que du tabagisme ou des dyslipidémies. L'école agit surtout par l'exemple, les menus des cantines devant théoriquement servir de travaux pratiques de diététique et la présence de distributeurs de boissons sucrées ou la vente de pâtisseries fournissant des exemples nocifs.

Quant à l'exercice physique, le groupe d'experts de l'INSERM recommande sa pratique diversifiée une heure par jour.

C - COMMUNAUTES ; QUARTIERS

Nous avons nous mêmes commencé une expérience de prévention chez les enfants d'un quartier défavorisé de Lille (Maison de quartier de Lille Sud) mettant en jeu des diététiciennes et surtout des moniteurs d'éducation physique. Les urbanistes doivent prévoir des terrains de jeux aux abords des cités.

D - MEDECINS

Les médecins des hôpitaux ont un rôle d'organisation de réseaux qui permettent aux médecins libéraux de disposer des connaissances et espérons-le, de la rémunération de la prise en charge curative et préventive de l'obésité.

E - AUTORITES

1) **Réglementation**
   (recommandations de l'INSERM)

a) **Préparation pour nourrissons**
   Elles doivent être les plus identiques possibles en matière d'acides gras insaturés et de protéines au lait maternel.
b) **Etiquetage compréhensible et objectif des conditionnements alimentaires**
c) **Contrôle de la publicité alimentaire ?**

2) **Recherche**

a) **Sur les mécanismes de l'obésité**
b) **Sur les marqueurs :**
   - De prédisposition
   - De constitution de l'obésité
c) **Sur l'épidémiologie et les facteurs de risque**
d) **Sur les politiques interventionnelles**

VI - CONCLUSIONS

On connaît la difficulté des messages de santé visant des modifications comportementales (cf. tabagisme, conduite automobile, SIDA).
Motiver des jeunes à l'égard de risques lointains est plus qu'aléatoire. Les motivations doivent être autres : valorisation aux yeux des pairs, valorisation culturelle (exemple : danse pour les Noirs Américains). Stigmatiser

la restauration rapide n'est guère efficace non plus. Il faut associer les industriels aux efforts de prévention.

BIBLIOGRAPHIE :

1) *INSERM. Expertise Collective. Obésité. Dépistage et Prévention chez l'Enfant, 2000, INSERM.*

2) *LISSAU I, BURNIAT W, POSKITT EME, COLE T. Prevention. In : Burniat W, Cole T, Lissau I, Poskitt F (eds). Child and Adolescent Obesity. 2002. Cambridge. Cambridge University Press : 243-269.*

3) *ROBINSON TN. Obesity prevention. IN Chen C, Dietz WH (eds). Obesity in childhood and adolescence. 2002. Nestlé Nutrition Workshop Series. Pediatric Program. Vol. 49. Philadelphia. Lippincott, Williams & Wilkins : 245-256.*

UTILISATION DES MEDICAMENTS CHEZ LA PERSONNE AGEE

Pr GLANTENET, Pr PUISIEUX, Dr DOUCET

Bien utiliser les médicaments chez le sujet âgé est un défi permanent pour le prescripteur. Les médecins généralistes sont en première ligne puisqu'ils rédigent neuf ordonnances sur dix qui sont destinées aux personnes de plus de 80 ans.

En 1990, sous l'égide de la Direction Générale de la Santé, une brochure adressée à tous les médecins généralistes de France et intitulée « Prescrire un médicament aux personnes âgées. 10 minutes de lecture qui concernent 70 % de votre clientèle », commençait par l'énoncée de cinq aphorismes qui restent d'actualité:

- L'âge à lui seul n'interdit aucun médicament.
- L'âge à lui seul bouleverse les objectifs du traitement.
- L'âge à lui seul modifie les modalités de prescription.
- Avec l'âge, la pathologie iatrogénique devient plus fréquente, plus grave, plus atypique.
- A cet âge plus qu'à tout autre, le médicament ne résume pas le soin.

Toutes les études épidémiologiques confirment que les personnes âgées sont de gros consommateurs de médicaments. Les plus de 65 ans qui représentent 16% de la population française consomment 37% des médicaments proposés au remboursement. La principale raison de cette « surconsommation » est la polypathologie, caractéristique du malade âgé, qui conduit presque inévitablement à la polymédication. Mais toutes les prescriptions faites aux personnes âgées ne sont pas appropriées. A l'inverse, des traitements dont l'efficacité est certaine sont sous-utilisées chez le sujet âgé, comme les bêta-bloquants dans l'insuffisance coronaire ou les AVK dans l'arythmie complète par fibrillation auriculaire.

Les médicaments peuvent être la meilleure chose du monde. Beaucoup d'entre eux améliorent la durée de vie et/ou la qualité de vie des patients âgés.
Ils peuvent être aussi la pire chose. Les accidents médicamenteux sont plus fréquents et plus graves chez le sujet âgé. Au moins, une hospitalisation sur dix de la personne âgée serait liée totalement ou en partie liée à un accident médicamenteux. Ces accidents peuvent être liés à une mauvaise utilisation du médicament ou survenir malgré une prescription correcte. Ils sont souvent évitables. On peut diminuer le risque de survenue d'un accident en agissant sur les facteurs de risque modifiables.



Les principaux facteurs de risque de iatrogénie sont (1) la polymédication, (2) les modifications avec l'âge de la pharmacocinétique et, à un moindre degré, de la pharmacodynamie ; (3) le manque de coordination entre les différents prescripteurs, (4) le manque d'observance, favorisé par la complexité du traitement et les troubles cognitifs et neuro-sensoriels, et l'automédication.
Toutes les étapes de la pharmacocinétique sont modifiées avec l'âge mais il faut tenir compte surtout de la diminution de la filtration glomérulaire avec l'âge. Une créatininémie normale est faussement rassurante chez le sujet âgé. La formule de COCKROFT permet de calculer approximativement la fonction rénale du sujet âgé en tenant compte de l'âge, du poids et de la créatininémie du patient.

Plusieurs facteurs contribuent à l'augmentation de la gravité de l'accident médicamenteux chez la personne âgée : décompensation d'une tare, alitement, hospitalisation, diagnostic tardif car symptômes atypiques, sensibilité particulière du sujet âgé.

Quelques règles pratiques doivent être respectées qui permettent de limiter le risque de complication iatrogène chez la personne âgée. Il ne faut pas de contenter de simplifications abusives du type « chez un sujet âgé, on prescrit demi-dose. »

1°) Limiter l'objectif du traitement.
2°) Ne pas prescrire sans connaître les antécédents du patient et les autres médicaments utilisés
3°) Ne pas multiplier les traitements symptomatiques.
4°) Limiter le nombre de médicaments.
5°) Utiliser avec prudence les nouveaux médicaments et bien connaître les médicaments prescrits
6°) Choisir les formes galéniques d'utilisation simple.
7°) Utiliser les bonnes doses et les adapter aux déficits.
8°) Limiter la durée de prescription.
9°) Bien expliquer le traitement et avertir des effets secondaires possibles.
10°) Surveiller et réévaluer les traitements mis en route.

FORMULE DE COCKROFT

Homme :

$$C\ (ml/mn) = \frac{(140-\text{âge}) \times \text{poids en kg}}{\text{Créatininémie}\ (\mu mol/l) \times 0.8}$$

Femme :

$$C\ (ml/mn) = \frac{(140-\text{âge}) \times \text{poids en kg} \times 0.85}{\text{Créatininémie}\ (\mu mol/l) \times 0.8}$$

APPLICATIONS DE LA LOI DU 04 MARS 2002

Pr B.MAUROY, Dr VANNELLE, Mme BRUNELLE
Faculté de Médecine LILLE

En ce début de troisième millénaire, la Cour de Cassation a soufflé le chaud et le froid sur le monde médical : l'arrêt Perruche a semé le trouble, et chacun a espéré qu'il ne s'agisse là que d'un arrêt d'espèce, ponctuel, qui serait modifié par une jurisprudence ultérieure.

L'arrêt Mercier (1936), selon lequel "le médecin doit prodiguer des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science" reste une référence.

Le droit de la responsabilité civile médicale repose sur l'établissement de trois notions indissociables :
- une faute,
- un préjudice,

- un lien de causalité entre la faute et le préjudice.

Si la faute est commise mais qu'elle n'entraîne aucun préjudice, la responsabilité civile n'est pas engagée. De même, si un préjudice existe, mais sans aucun lien avec une faute (c'est-à-dire dans tous les cas où il n'existe pas de faute démontrable), il n'y a pas lieu à responsabilité. La responsabilité civile nécessite la réunion de ces trois éléments.

Ce qui revient à dire qu'en droit français, l'indemnisation d'un quelconque préjudice nécessite l'existence d'une faute et un lien de causalité entre les deux.

Or, en dehors des dossiers dans lesquels une faute existe, et ils sont rares, le discours commun des plaignants est : « avant l'opération, j'étais bien (ou moins mal) ; depuis, mon état s'est aggravé ; je n'y suis pour rien ; quelqu'un doit payer »…

Or le défaut d'information est une faute : la décision du 27 février 1997 (arrêt Hédreul ou Cousin) a surpris le monde médical qui se demande aujourd'hui quel type de procédure il doit mettre en œuvre pour pouvoir établir à tout moment qu'un patient a été informé des risques encourus du fait des soins qui lui ont été proposés.

Depuis l'arrêt Cousin, le défaut d'information permettait donc d'indemniser l'aléa thérapeutique. Celui dont la responsabilité est engagée payait, et donc son assureur… et les primes d'assurances s'envolaient.

L'arrêt Perruche (17 novembre 2000) risquait d'accélérer cette évolution, puisqu'il aboutissait à l'indemnisation, non seulement des parents, en raison du préjudice moral et matériel subi, mais également de l'enfant, au titre de sa naissance.

Dans le même temps, l'arrêt du 8 novembre 2000 prononcé par la 1ère chambre civile de la Cour de Cassation (voir encadré) 2000 remettait en cause cette évolution et refusait l'indemnisation par le médecin d'un aléa thérapeutique… Les tentatives des juges du fond de dégager une obligation générale de sécurité de résultat sont sanctionnées par cet arrêt.

Le monde médical a repris quelque espoir : celui qui lui permettrait de voir rapidement élaborée une « loi Badinter de l'aléa thérapeutique » qui permettrait:

- sous couvert d'une obligation d'assurance,
- de créer des Commissions Régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux et des affections iatrogènes,
- de définir une responsabilité médicale fondée exclusivement sur la faute,
- de réparer l'aléa thérapeutique par un fonds d'indemnisation.

C'est dans ce contexte qu'a été élaborée la loi du 04 mars 2002. Son décret d'application, très attendu, est paru le 21 mai 2003 (décret n° 2003-462) et a été publié au J.O. le 27 mai 2003.

Depuis, l'ONIAM, les Commissions Régionales de conciliation et d'Indemnisation, la Commission Nationale des Accidents Médicaux … se sont mis en place. Toutes ces structures vont progressivement devenir opérationnelles dans l'année qui vient.

Ces structures ont pour but d'élargir la protection des droits des malades. Elles auront aussi pour effet de rationaliser les relations entre les malades souffrant de séquelles ou des conséquences d'aléas thérapeutiques.

Il est donc essentiel que les médecins connaissent ces dispositions, qui, d'une certaine façon, les protègent également.


notes perso


notes perso


notes perso